SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 17 y 12 minutos.)

-Tenemos el gusto de recibir al doctor Gerardo Bossano, a quien entiendo que, a través de la Secretaría, le hemos hecho llegar una copia de la versión actual del proyecto de ley que tenemos en consideración. Le hemos pedido al doctor Bossano que, sobre la base de su larga experiencia en este tema -tal vez es la persona en el país que tiene más experiencia y conocimiento sobre los aspectos metodológicos y tecnológicos de este tema-, nos dé su opinión. De manera que con mucho gusto le ofrecemos la palabra.

SEÑOR BOSSANO.- Buenas tardes. Les agradezco la invitación.

Este es un tema en el que venimos trabajando desde hace 26 o 27 años y hemos venido ya a varias Comisiones para tratar una posible ley al respecto. Creo que la situación se ha ido modificando en todo este tiempo en sentido positivo, porque se han compensado los derechos de la persona que se hace la reproducción asistida y se ha tenido en cuenta a quienes realizamos este procedimiento. Considero que en este caso se regulan casi todos los aspectos en los que puede existir un vacío.

En este tema siempre aparecen técnicas nuevas, de manera que, en mi concepto, la ley no puede ser demasiado restrictiva respecto a los avances en la materia, porque los tiempos de la ciencia son bastante diferentes a los que puede insumir aprobar una ley de este tipo. Pero creo que en términos generales esto se contempla. Hay algunos artículos en los que se proponen dos opciones y en esos casos sí me gustaría dar mi opinión. Aclaro que los aspectos que tienen que ver con lo legal escapan de mi área de conocimiento, pero en lo técnico puedo proporcionar toda la información que los señores Senadores requieran.

Creo que los artículos 1º a 4º están correctos. En la última frase del artículo 4º, cuando se habla de las posibles complicaciones, no sé si es técnicamente correcto decir “supervinientes” o “sobrevinientes”, pero las complicaciones están dentro de las posibilidades que están relatadas allí.

El artículo 5º referido a la infertilidad establece lo que corresponde y, el artículo 6º que establece los requisitos para la realización de Técnicas de Reproducción Humana Asistida es correcto y no me merece comentarios.

El artículo 9º dice que se podrán transferir solo dos embriones por ciclo, salvo expresa indicación médica en que podrán transferirse un máximo de tres. A la luz de nuestra experiencia, los números a veces están dados de acuerdo a la calidad embrionaria. Los embriones que se consiguen en una fertilización in vitro dependen de varios factores, por ejemplo, dados por la calidad del esperma. Existe la posibilidad de inyectar el espermatozoide a través de un procedimiento que se llama ICSI, *Intracytomplasmic Sperm Injection* y hoy en día esa posibilidad es de casi un 84%, por lo menos en nuestros centros y en varios de los centros latinoamericanos en los cuales estamos inscriptos.

SEÑOR GALLO.- ¿Podría desarrollar la descripción del procedimiento?

SEÑOR BOSSANO.- Hoy en día para la fertilización in vitro con reproducción asistida de alta complejidad, el ICSI es un instrumento. No es un procedimiento aparte ni se cobra aparte, sino que tiene una metodología que, ante una infertilidad que no se ha solucionado con ciclos naturales o con inseminación, asegura que el semen va a ser insertado dentro del óvulo y que este no va a dejar de tenerlo adentro porque se puso con este método. El ICSI consiste en inyectar el mejor espermatozoide elegido a mil ochocientos aumentos de los que tiene el factor masculino que, algunas veces, es muy pobre porque de biopsias testiculares hemos sacado ocho, pero se han fertilizado embriones. Por lo tanto, esa técnica es buena.

La segunda etapa es generar un pronúcleo a las veinticuatro horas, donde están los dos núcleos de ambos gametos dentro. Hasta ahí todavía no existe un embrión porque son gametos que todavía no se han fusionado en su cromosoma, pero al segundo día sí hay singamia -es decir separación de células- y esas células -que normalmente son dos para ese día- ya son un capital genético nuevo, generado en la fusión de los dos pronúcleos. Si nosotros llegamos al día tres -que es de cuatro a ocho células- y tenemos número de espermatozoides y de óvulos que hayan tenido una buena fertilización, podemos esperar a un día cinco. Tiene mejor resultado la transferencia de embriones en un día cinco que en un día tres. Lo que nos limita -y por eso es importante aclararlo- es que muchas veces tenemos tres embriones de seis y ocho células en el día tres que no son de buena calidad, entendiendo por tal células iguales, transparentes, que no tienen fragmentos en la división celular mayor a un 15% -se cuantifica antes de la evolución-, y se decide si se espera al día tres o al día cinco. Si se opta por el día tres es porque hay pocos embriones de buena calidad, y se transfieren tres, nunca pasamos cuatro. Si perjuicio de ello, cabe la posibilidad de que teniendo cuatro embriones de mediana calidad, por indicación médica, se pasen todos y no se tire uno, porque ese uno por más que tenga cuatro células puede formar el macizo celular interno en el quinto o sexto día. ¿Por qué no lo puedo esperar? Porque me puedo quedar sin nada para transferir.

Por lo tanto, la forma de elección y transferencia de estos embriones puede ser el día tres o cinco según la calidad embrionaria. Vamos a aclarar que la calidad no es una expresión peyorativa, simplemente se trata de calidad de división celular biológicamente comprobable en el laboratorio.

SEÑOR GALLO.- Quiero pedir que aclare un concepto que nosotros venimos leyendo en la legislación comparada respecto a los criterios de preembrión y embrión. Creo que hablábamos de preembrión hasta el día 14. Quisiera saber si la posibilidad que usted ha mencionado estaría en esa primera parte que se define como preembrión; recuerdo que la legislación comparada así lo determina. Hago esta pregunta a efectos de que a partir de los comentarios que realiza el doctor Bossano, y definiendo de qué momento estamos hablando, podamos instrumentar el articulado.

SEÑOR BOSSANO.- Respecto a la expresión “preembrión”, puedo decir que tenemos que llamarlo de alguna forma. La división celular, después de la fertilización, de las primeras 24 horas, se puede llamar cigoto, embrión o producto. O sea, tiene diferentes nombres; no hay una catalogación preembrión y embrión, porque en realidad el sujeto que está dividido después de la fusión de los pronúcleos es un sujeto con vida, de división celular próxima futura. No quiere decir que en el futuro de ese embrión, o como quieran llamarle, esté asegurada la implantación y la generación de un individuo; puede ser hasta de dos individuos. En esa etapa de división celular todavía no está tan dividido al punto de generar, incluso después de la implantación, un segundo saco o embrión que se llame gemelares idénticos; eso es después del cuarto o quinto día de haber estado en cultivo y transferido. Por eso es muy difícil decir: “Hasta acá llega lo que es preembrión y esto es embrión; o eso se llama cigoto y eso blastocisto”. En una visión de laboratorio, el blastocisto es un grupo celular que dentro del embrión se ve como macizo celular interno; futuro producto de un bebé: varón o nena. Aun así, si transferimos ese embrión nos quedamos con la duda, en un millón -son valores reales-, de que pueda ser otro individuo; y que la división sea así. Por lo tanto, el riesgo de transferir más de uno es que tengan gemelares idénticos y que el otro sea simple.

Entonces, está bien limitar los embriones a determinado número; creo que es correcto y tres sería una cifra adecuada, pero no uno. En otros lugares todavía es fácil transferir uno porque se tiene cobertura para siete u ocho -en algunos casos, como sucede en Suecia, Alemania o Israel, se cuenta con cobertura del gobierno para varios ciclos-, lo que implica que si transferimos un embrión después se puede hacer lo propio con otros.

Hoy en día, la posibilidad de contar con un laboratorio de muy alta eficiencia y con muy buenos métodos de cultivo, ha hecho que el número de óvulos fecundados sea menor, al igual que la estimulación ovárica, lo que implica la posibilidad de no tener embriones supernumerarios. El criterio en nuestro laboratorio es que si hay más de cinco embriones en el día tres, se puede esperar al día cinco si su calidad es buena. Si tenemos cinco embriones y son de regular calidad, se hace la transferencia, en el día tres, de tres embriones que, en nuestro centro, tienen un 37% de chance de embarazo. Si los transferimos en el día cinco pueden llegar a un 50% de viabilidad, pero se entra en ese juego que involucra a una paciente que pagó un procedimiento y que, quizás, no podría pagar otro; entonces, no podemos esperar al día cinco y decirle que no hay nada para transferirle, sino que tenemos algo para hacer antes.

De cualquier manera, de todos los embriones que puedan tener una evolutividad, si al día tres se tienen tres embriones, se transfieren, y si se tienen cinco pero no son de buena calidad, los otros dos esperan al día cinco. Si llegan al día cinco se vitrifican y se guardan, y si no es así es porque no podrían llegar, ni aún adentro del útero. Entonces, esos embriones que se detuvieron en dos, cuatro o seis células y no progresaron hasta el día cinco -y no fueron transferidos-, es porque no tenían la calidad suficiente en cuanto a expectativa de viabilidad.

Este es, más o menos, el concepto manejado; no se trata de un embrión o preembrión sino que tiene que ver con la evolutividad de la fusión de los núcleos.

SEÑOR AGAZZI.- Siguiendo el razonamiento desarrollado por el doctor Bossano, creo que al introducir el concepto de calidad apuntaba en el sentido de que, en determinadas circunstancias y dada cierta calidad de los embriones, quizás un máximo de tres no es lo mejor.

Quiero entender el razonamiento técnico planteado y relacionarlo con lo que está redactado porque aquí el número está reducido a un máximo de tres embriones, pero puede haber ciertas circunstancias en las que esa cifra puede ser insuficiente, si la calidad amerita la toma de decisiones de las que se venía hablando.

Quiero entender el razonamiento que nuestro visitante ha desarrollado.

SEÑOR BOSSANO.- El hecho de tener tres embriones y dos más, y que no sean de buena calidad, le da a uno la oportunidad de transferir, igualmente, al que está un poco más atrasado. Esto se hace así porque el reloj biológico de cada embrión es único; no se puede decir, respecto a esa fusión, que todos los embriones se van a dividir a las 6 ni a las 18 horas, como tampoco que se pueden transferir todos en el día tres.

Entonces, a veces uno no puede apurarse a decir que esos dos embriones no están aptos para transferir. Lo que hacemos en el día tres es la transferencia de tres embriones y pasamos los otros dos a cultivo largo. Esto se llama así porque la biología de los embriones determina que hasta el día tres deben tener glucosa; fuera del día tres la glucosa es tóxica, así que hay que sacarles la glucosa y ponerlos en un medio diferente, que es de enriquecimiento y que hace que se dividan y evolucionen a blastocistos.

En consecuencia, el día tres es crucial en la definición de qué se puede transferir y qué no. Creo que está bien que se establezca que, con las condiciones médicas que requiera esa situación, si se tienen cuatro embriones y tres de ellos son de buena calidad, se transfieran tres y que al cuarto se lo pueda esperar hasta el día cinco. Incluso, si tiene una calidad intermedia, se podría llegar a transferir para no tener que criopreservar un embrión de mala calidad; en el día tres no lo podríamos guardar con expectativas de nada. La expectativa se puede evaluar bien teniendo en cuenta la calidad embrionaria.

SEÑORA MOREIRA.- Quiero hacer una pregunta concreta sobre el artículo 12 del proyecto de ley aprobado por la Cámara de Representantes, que refiere a las condiciones para la fertilización, donación y descarte de embriones.

El primer inciso de este artículo dice: "Luego de producida la fertilización de los ovocitos, podrán transferirse al útero solamente dos embriones por ciclo, salvo expresa indicación médica, en que podrán transferirse un máximo de tres embriones." En este sentido, quiero saber si el doctor Bossano considera que el número de embriones tendría que estar incluido en un proyecto de ley, o si es contraproducente que determinemos su número y lo mejor sería dejarlo librado a la reglamentación o a la implementación efectiva.

El segundo inciso expresa: "Deberán preservarse todos los embriones viables restantes no transferidos, los que serán reservados a los efectos de transferirse en un ciclo diferido". Por lo que entiendo de lo que dijo el doctor, no tiene sentido preservar aquellos embriones que no tienen buena calidad. Entonces, tengo la impresión de que este segundo inciso obliga a la preservación de cualquier embrión viable. Lo que dice el doctor es que no tiene sentido preservar embriones de dudosa calidad.

Concretamente, quiero saber si, desde el punto de vista médico, para el doctor Bossano establecer todas estas especificaciones en un proyecto de ley ayuda o complica la vida a las personas que tienen que trabajar en el tema.

SEÑOR BOSSANO.- Es verdad lo que dice la señora Senadora, pero lo difícil es ponerse en Juez en este tema y determinar cuáles son los que sirven y cuáles no, porque no es fácil de discernir.

En esta situación, el límite de tres embriones es el aceptado internacionalmente, es un límite que nosotros, sin tener ley, aplicamos y que, en virtud de que las condiciones de laboratorio nos han hecho mejorar sustancialmente los resultados de estos embriones, ha servido para que la implantación haya pasado hasta un 50% y hasta un 60% en ovocitos de donación. Me parece que, en esta situación, no está mal esta cláusula que establece: "salvo expresa indicación médica, en que podrán transferirse un máximo de tres embriones" porque si bien limita, también deja una apertura. Creo que no está de más establecer que podrán transferirse dos o tres embriones, pero creo que no hay que atender al número en sí, sino a la calidad del embrión. Sin embargo, no estoy de acuerdo con lo que se establece en el inciso siguiente: "los embriones viables restantes no transferidos, los que serán reservados a los efectos de transferirse en un ciclo diferido". Si una persona fracasó y se le genera la ilusión porque tiene embriones guardados -que llevan toda una preparación-, es una expectativa basada en embriones que no tienen un pronóstico bueno en el día tres y en el día cinco son de mala calidad; entonces, a veces es preferible insistir y hacer una nueva fertilización, antes que guardar algo que no tiene futuro. Voy a explicarlo a la inversa. Una paciente que tiene una vida sexual normal puede tener en cada período menstrual -aunque tenga un atraso de dos o tres días o no lo tenga- un microaborto, sin haber tenido un test de embarazo positivo. Esos embriones que llegan al útero -acá llegan en forma inversa, pero ahí llegan por la trompa- y no progresan, se pierden. Esa pérdida sería equivalente a estos embriones que estamos guardando. Entonces, estamos guardando embriones que no tienen futuro. Concretamente, reitero que el número de embriones que se expresa no nos limita en nada, pues los centros que trabajamos en este tema -por lo menos, el nuestro- respetamos esta situación porque entramos en un registro latinoamericano que nos controla y por el cual estamos habilitados para hacer esto internacionalmente. Es más, se nos investiga cada dos años para ver cómo funcionamos y no

podemos tener un número mayor de triples en ninguna forma más del 2%. Es importante tener un control que nos exija resultados adecuados y que funcione bien. Puede darse el caso de que otro centro -cualquiera, no estoy hablando de los de acá- ingrese en el paso cuatro y tenga resultado, pero los triples y los cuádruples no son queridos debido a los riesgos para la madre y para los bebes, ni tampoco por los servicios que prestan asistencia porque son todos prematuros, pesan un kilo y requieren tres meses de CTI.

Por eso, me parece que ese sería un número adecuado.

No estoy en contra de esta frase, en cambio la posibilidad de pasar a tener un número fijo, sería contraproducente. Por tanto, me parece que tal como está redactado no está mal.

SEÑOR PRESIDENTE.- La señora Senadora Moreira hablaba de la posibilidad de establecer en este artículo 9º una especie de indicación conceptual, dejando a la reglamentación la especificación de condiciones, número y demás.

Por otro lado, pienso que hay una coincidencia entre la apreciación de la señora Senadora Moreira y el doctor Bossano en cuanto a que no tiene mucho sentido que los embriones restantes no transferidos sean preservados para una transferencia posterior.

Consulto al doctor si es correcto.

SEÑOR BOSSANO.- Efectivamente, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- En consecuencia, sería conveniente eliminar el segundo inciso y mantener la redacción del inciso primero. Con respecto a la redacción de este, me gustaría saber si el doctor Bossano tendría alguna sugerencia sobre la posibilidad de introducir en el texto alguna referencia a la calidad y viabilidad de los embriones, para establecer si deben ser solamente dos o tres.

SEÑOR BOSSANO.- En mi opinión, ello implicaría hacer una clasificación que no correspondería a una ley; me parece que quedaría fuera de contexto. En realidad, esa sería una observación propia de un biólogo; incluso, puede haber opiniones hasta de dos biólogos, por tanto, considero que no tendría que estar en la ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pues bien, la recomendación del doctor Bossano con respecto a este artículo sería la siguiente: mantener el artículo, con la redacción del inciso primero -o sea, del primer párrafo- y eliminar el segundo. ¿Es correcto?

SEÑOR BOSSANO.- Es así, señor Presidente.

El artículo 10 del texto que hoy estamos considerando habla de la negativa o imposibilidad superviniente de recibir embriones, y en su primer párrafo establece: “Producido el ciclo posterior

mencionado en el artículo precedente y en el caso de que la mujer no esté en condiciones o se niegue a recibir los embriones, deberá procederse a su conservación de acuerdo con lo establecido en el artículo 16 de la presente ley". Sería importante que después de "conservación", se dijera "antes de la descongelación", porque si la mujer toma la decisión en el momento en que se descongelaron los embriones, estos se pierden. O sea, si el ciclo posterior fue precedentemente a la realización de una fertilización, si tiene embriones y en ese caso la mujer no estaba en condiciones, no se congelan. Dicho de otra manera, embriones que se descongelan, se pierden; es decir: o se transfieren o se pierden. Me parece que esto va contra el espíritu de la ley. Su conservación antes de la descongelación o de la desvitrificación, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, aseguraría este concepto de permitir hacer este procedimiento hasta determinado límite, por más que la paciente decida otra cosa. O sea, se puede hasta un límite, que es hasta que no se descongelaron.

SEÑOR PRESIDENTE.- El texto podría decir, entonces, "deberá procederse a su conservación siempre y cuando no hayan sido descongelados".

SEÑOR GALLO.- Me gustaría saber qué conviene más, si la vitrificación o la descongelación.

SEÑOR BOSSANO.- La vitrificación es una técnica de congelación muy actual. La descongelación -vale decir, suspender los 196 grados bajo cero- significaría una nueva técnica, diferente. La descongelación por vitrificación, por descongelación o por otra técnica cualquiera que luego se implementara, estaría amparada en que la descongelación la engloba.

SEÑOR PRESIDENTE.- Siendo así, luego del término "conservación" correspondería agregar, entre comas, una frase calificativa que dijera: "siempre que no hayan sido descongelados". El resto del texto quedaría tal como está.

SEÑOR BOSSANO.- Exactamente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Bien. Continuamos con lo que sigue.

SEÑOR BOSSANO.- Con respecto al Capítulo III, referido a la donación de gametos y embriones, no tengo observaciones. Lo he leído en su totalidad y me parece que está muy bien. En realidad su contenido es, fundamentalmente, de carácter legal.

Hay una cosa importante, que va regulada con la filiación: en este país, el niño que nace es de quien lo pare. Sin embargo, más adelante hay algunas consideraciones que también ampararían la situación de embriones que fueron gestados y después transferidos a un útero; en ese caso, serían de quien los gestó, no de quien dio a luz a la criatura. Es lo que se hace en varios Estados americanos -me refiero a los Estados Unidos de América- y también en algunos países que se rigen por este tipo de norma; en definitiva, es lo que también se ve en algunos mal llamados "úteros de alquiler". De todos modos, confieso que desconozco todo el mecanismo relacionado con lo filiatorio.

El artículo 17 hace referencia a la investigación de gametos y embriones, con dos derivaciones. En tal sentido, no sé muy bien cuál es la opinión de los integrantes de la Comisión.

SEÑORA MOREIRA.- La discusión que tuvimos al considerar las dos alternativas de redacción del artículo 17 se centra en que, mientras en una versión se prohíbe la experimentación básica o experimental con embriones, en la otra se dice que la investigación científica efectuada con gametos o embriones deberá ser realizada respetando las pautas que se establecen, pero no se introduce una restricción tan fuerte a la experimentación con embriones porque suponemos que eso es algo que se lleva a cabo en la investigación científica. Entonces, quisiéramos saber qué clase de investigación científica se lleva a cabo con embriones.

SEÑOR BOSSANO.- En materia de investigación con embriones hay todo un futuro por delante, vinculado a que las células multipotenciales puedan ser sacadas de un embrión -o de otros elementos que puedan ser del embrión en sí-, para la clonación celular, aunque no en el sentido de formar un individuo. Estamos hablando de mecanismos de clonación celular diferencial, que hoy se llevan a cabo en muchos lugares, obteniendo como resultado una célula multipotencial orientada a lo hepático, a lo neurológico, a lo cardíaco. Probablemente hayan visto algunos personajes que se han hecho inyecciones intracardíacas en las zonas de infarto o en áreas donde se busca que haya una cierta protección.

A mi criterio, el futuro de la Medicina está vinculado al factor genético y al factor sustitución por células multipotenciales que puedan ser dirigidas a cambiar tejidos enfermos. El problema es de dónde se sacan esas células. En algunos lugares se han podido desarrollar a partir de dientes; en otros, a partir de huesos y, en otros, a partir de piel, pero es claro que la multipotencial esencial es la célula que hoy tiene un embrión -de 8, 10, 26 células, o lo que fuere- en el que todavía no se formó el macizo celular diferenciado.

Entonces, de alguna manera, esto podría tener una línea de crecimiento que podría llevar a la clonación de la que hablo y que en los artículos que siguen no está prohibida. Creo que es bueno saber esto para ver qué es lo que es más conviene a fin de no ser agresivo ni antiético. Lo cierto es que actualmente la investigación con este tipo de células se hace cada vez menos en embriones humanos porque hay cantidad de elementos que dicen que se puede derivar de otros tipos de células de adulto diferenciadas, hacerlas regresar para permitir diferenciarlas a una sustitución parenquimatosa de pulmón, hígado o lo que sea. Esto ha llevado a que, al no usar estos embriones, ya que existen limitantes -y creo que las tenemos nosotros también- desde el punto de vista ético, la investigación se haya orientado hacia células de otro tipo.

No creo que haya que cerrar el trámite, pero me parece que no todo lo que se puede se debe; creo que hay cosas que no se deben hacer. Por ejemplo, en el día de hoy realicé un PGD -Diagnóstico Genético Preimplantacional-, que es un estudio por el que se saca una célula de un embrión para enviarla a estudiar y en 24 horas saber si se puede hacer la transferencia o no. En ese caso, estoy sacando una célula a un embrión de ocho células y no le estoy sacando un órgano a una persona ni le estoy quitando capacidad motora o intelectual; le estoy sacando una célula que es pluripotencial para investigarla desde el punto de vista genético, para saber si está bien o no.

Entonces, la investigación tiene mucho futuro pero no tiene por qué ser tan amplia como para darle cabida a todo. No digo que haya que limitarla; creo que la ley tiene que llegar hasta ahí, debe decir qué se puede hacer y tener a la investigación -que es una etapa que podría hacerse- como una opción. Además, cuando se hace investigación debe haber comisiones integradas por gente capacitada en ética e, incluso, en religión u otros aspectos, que se dedique a regular, a avalar, y que diga si un proyecto se pueda hacer o no.

Esto es cuanto puedo decir sobre esta parte.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me gustaría hacer un comentario. Este artículo 17 refiere a la experimentación e investigación con la finalidad de incrementar el conocimiento científico; no se trata del análisis clínico de una cierta situación para determinar la viabilidad de un embrión en particular, sino que es una investigación científica con el ánimo de progresar en el conocimiento. En ese sentido, según tengo entendido, incluso desde el punto de vista clínico para la clonación de células parenquimatosas especializadas, la tendencia es a hacerlo sobre la base de células adultas o de células embrionarias, pero de otra especie. ¿Es correcto eso?

Entonces, presenta una mayor salvaguardia con respecto al manejo cuidadoso de los embriones humanos la segunda versión, la que está sobre la derecha, que dice: "Se prohíbe la experimentación básica o experimental con embriones sean estos viables o no".

SEÑORA MOREIRA.- No creo que sea eso lo que se deduce de las palabras del doctor Bossano pero, en cualquier caso, me parece que la Comisión deberá tener una discusión sobre la mejor redacción al respecto luego de que se retire nuestro invitado. Entiendo que el doctor Bossano estableció un parecer general sobre la investigación, sus límites y su protocolo, y como yo soy la autora del que podríamos llamar artículo 17, defiendo mi redacción y entiendo que lo que él dice va en dirección de lo que escribí. Pero, quizás, el señor Senador Gallo considera que lo que expresa el doctor Bossano va en dirección de lo que él elaboró. Por todo ello, señor Presidente, entiendo que esta es una discusión para la Comisión, y que ahora tenemos que seguir escuchando la opinión de nuestro invitado sobre el resto del articulado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sin ninguna duda, la señora Senadora Moreira tiene razón. Simplemente, estaba tratando de distinguir entre lo que es la investigación con una finalidad clínica específica, en un caso particular, de lo que es la investigación científica con la finalidad de crear conocimiento, que es algo diferente.

SEÑOR BOSSANO.- Del artículo 17 me queda solo la parte que dice: "Se prohíbe la experimentación básica o experimental con embriones sean éstos viables o no". Si no son viables en el sentido de que no lo son porque no son vitales, ya no es célula como para no estudiarla, se puede estudiar igual. Por ejemplo, se pueden hacer investigaciones genéticas de esa célula.

El problema es que uno se mete en una situación que es muy difícil de discernir, en el sentido de decir: esta célula está muerta, esta otra no, le saco una, etcétera. Es muy difícil; cuando uno prohíbe la experimentación básica y experimental con embriones, sean estos viables o no, debería decir: "Se prohíbe la experimentación básica o experimental con embriones" o -esta es la redacción que está del otro lado- "Los centros tendrán la posibilidad de presentar proyectos que sean controlados por quienes estén al tanto de esto", y con la combinación de las dos cosas se puede mejorar la redacción de este artículo.

El artículo 18 expresa: "**Artículo 18.-** (Delito de Clonación). El que, con el fin de crear por clonación seres humanos idénticos, conteniendo el mismo patrimonio genético que un progenitor, manipule células humanas o material genético o transfiera a una mujer un embrión así creado, será castigado con dos a seis años de penitenciaría e inhabilitación del título por el doble de la condena, tratándose de un profesional". Esto es clonación humana y no admite otra cosa. Ninguno de los 232 centros de Latinoamérica está de acuerdo con realizar clonación humana; es un principio general de todos los centros que trabajan en reproducción.

Después está el artículo 20, que se refiere al delito de manipulación de la especie humana y expresa: "El que realizare cualquier procedimiento dirigido a transformar el genoma humano con el fin

de generar descendencia será castigado con 20 meses de prisión a 5 años de penitenciaría e inhabilitación del título que tuviere por el doble del tiempo de condena.

Sin que sea taxativa, la definición de procedimientos de transformación de genoma humano comprende:

a) alterar o predeterminar el genoma de un ser humano". La medicina genómica, que es una medicina futurista, pero que hoy ya existe, plantea la posibilidad de que muchas veces se aplique cirugía de este tipo en embriones pudiendo elegir parte del genoma, para evitar enfermedades que son totalmente mortales, intraútero o extraútero, en los primeros meses, por lo que sería curativa. Por lo tanto, no estaría de acuerdo con que en un futuro pudiera ser determinante que una ley establezca que no se puede hacer.

El literal b) expresa: "crear o transformar un ser humano individualizado en el laboratorio" y esto es algo diferente. El literal c) dice: "combinar gametos humanos con gametos de otras especies con el fin de fecundarlos", y en ello estamos de acuerdo. El literal d) expresa: "emplear ADN humano con el fin de producir células humanas para desarrollar individuos" y es lo mismo, porque es clonación al fin. Por último, el literal e) señala: "estimular la partenogénesis de un óvulo por medios térmicos, físicos o químicos sin que el mismo sea fecundado por un espermatozoide". Esto se ha hecho en forma de partenogénesis para poder tener gemelares, pero nunca ha tenido buena receptividad en los congresos de esta disciplina y ha sido eliminado.

El artículo 21 establece: "La institución involucrada en la comisión del delito de clonación quedará inhabilitada…". Esta es una redacción, más que nada, de tipo punitiva o de otro orden, pero no de carácter técnico.

SEÑOR PRESIDENTE.- Con respecto al artículo 20, específicamente al literal a), ¿salvaría la posibilidad de la medicina genómica si dicho literal dijera "alterar o predeterminar el genoma de un ser humano salvo que ese procedimiento tenga finalidad curativa"?

SEÑOR BOSSANO.- Me parece que tendría que contemplarse la medicina genómica. Hoy en día hay una amplia experiencia en esa materia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Perfecto. Entonces, hay que buscarle la redacción.

SEÑOR BOSSANO.- Más adelante, cuando se habla de la información relativa a la donación de gametos, nos encontramos con que el artículo 22 establece que la identidad del donante sólo podrá ser revelada previa resolución judicial cuando medie un comprobado y grave peligro para la salud sicofísica del hijo y sus descendientes a criterio del juez competente, siempre que ello sea imprescindible para responder a la situación planteada o para evitar dicho peligro. Estoy de acuerdo con los dos artículos que figuran en el comparativo. Podré tener alguna diferencia en lo que se refiere a la redacción, pero no cambia mucho en lo técnico. Esa es mi opinión.

Con relación al artículo 23, que trata del secreto profesional, establece: "Toda la información relativa a la donación de gametos se encuentra alcanzada por el secreto profesional y en todos los casos sujeta a las responsabilidades más estrictas.

El deber de secreto alcanza también a todas las personas que, en virtud de las tareas que desempeñen relacionadas con la donación de gametos, tengan acceso a la información a que refieren los artículos 11 y 12 de la presente ley.

En caso de solicitarse el relevamiento del deber de reserva consagrado en este artículo el procedimiento deberá ser sustanciado ante los Juzgados Letrados de Familia o ante los Juzgados Letrados de Primera Instancia en el interior del país con competencia en materia de familia".

El secreto profesional a veces nos alcanza en la posibilidad de que vengan a investigar o a preguntar familiares de quienes se hicieron la fertilización in vitro. Nosotros, como médicos, estamos bajo el secreto profesional; salvo que venga un familiar con orden de un juez, no podemos dar esta información. Hay pacientes que se han hecho inseminaciones de semen donante y no le revelan a nadie este hecho, tienen su hijo en un parto normal por parte de su señora y el niño nace con el apellido del papá -reitero: el semen fue de un donante-, pero ni un familiar ni nadie tienen por qué saber si a futuro ese niño podría manifestar la necesidad de saber su identidad, si fue fruto de una inseminación del banco de semen o no. Nosotros hacemos inseminaciones desde el año 1978, que eran de semen directo y resultaba muy difícil conseguir el donante en el momento justo; ahora con el banco de semen es mucho mejor pues las soluciones son realmente mucho más elegidas por parte de quienes están técnicamente capacitados. Entonces, por más que sé que existen determinados pactos a nivel internacional que están vinculados al tema de la identidad, y también a la filiación, considero que no habría que revelarle la identidad a un niño ni decirle que el semen fue de donante para que psicológicamente no esté buscando a su padre siempre; es lo que aconsejamos si la pareja está de acuerdo. Como experiencia personal podemos decir que tenemos más de trescientos niños nacidos con inseminaciones donantes, y en la mayoría de las ocasiones, en más del 70% de los casos, no se le reveló al niño la identidad del procedimiento de inseminación donante -es gente que está de acuerdo con eso, y no hubo problemas-, salvo que pudiera tener una patología genética grave, en cuyo caso sí el niño tendría la necesidad de saber quién fue el progenitor que trasmitió una patología grave, sabiendo que las enfermedades pueden ser aleatorias y no determinarse por el esperma. Es un poco eso lo que quería decir en lo que se refiere al secreto profesional.

Después, está lo de la legitimación. Al respecto, me parece que está correcto todo lo que se dice, y considero que en el caso de las personas fallecidas, si tienen descendientes, tienen que estar autorizados antes del procedimiento.

El artículo 25 que dice que entablada la acción, salvo que la misma fuera manifestada improcedente, el tribunal la rechazará sin más trámite disponiendo su archivo y en la audiencia se oirá al interesado, es una norma que refiere a la parte legal y no técnica.

Luego continúa el Capítulo V "De la Gestación Subrogada". Cada vez es más frecuente escuchar a personas que vienen a pedir un útero para ser utilizado, porque han fracasado en la fertilización in vitro debido a que el útero no es receptivo; son mayores de 40 años con miomatosis severas; no tienen calidad de nidación o ausencia del útero, o muchas veces han tenido que ser irradiadas y el útero generó sinequias o adherencias intracavitarias y no pueden transferir el embrión ni aun teniendo buenos ovarios. Esto es frecuente y las consultas son de tres a cuatro por año; por lo menos, en mi consultorio.

En nuestro país cada vez más se plantea la posibilidad de hacerlo -en otros lugares a pesar de no estar autorizados lo hacen igual-, pero por lo general estas situaciones las derivamos. Es más, no creo que en algún momento las lleguemos a hacer; pero es un planteo cada vez más frecuente. Esto a modo de información porque es un tema que deben manejar los señores Senadores y aceptarlo o no. Nosotros tenemos cuatro pacientes que han tenido útero subrogado, algunos son casos muy notorios, muy conocidos y que han tenido embarazos fuera del país. Como en algunos Estados americanos -dos o tres- se acepta que el niño que nace es de quién lo fecundó y no de quien lo tuvo -tal como se plantea más adelante-, cuando son inscriptos se les asigna el apellido de los padres gestores de la fecundación. De alguna manera se puede hacer en otros países, pero es muy caro y solo pueden acceder personas que tengan más de US$ 100.000 por procedimiento.

SEÑOR MOREIRA.- Ha habido casos muy notorios en esta materia, por lo que quisiera saber si en el Uruguay se ha llevado a cabo algún caso.

SEÑOR BOSSANO.- Ninguno.

En nuestro Centro atendemos entre 260 y 280 casos por año. Hace 26 años que trabajamos en forma continua desde el 1º de febrero al 25 de diciembre.

Hay tres centros más -de mayor o de menor número- que tienen actividad secuencial, es decir juntan a las personas para hacer eso y los procedimientos los hacen llevando a todos al mismo período menstrual -para poder hacerlo en tandas- y viene un biólogo de otro lado y lo hace. En Salto hay otro centro que trabaja con biólogos propios y también tienen esa situación. En ninguno de los tres centros -fui Presidente de la Sociedad de Reproducción durante dos períodos y después han sido otros colegas nuestros- hubo una situación conocida que pueda ser así. En nuestro caso no lo aceptamos.

SEÑOR MOREIRA.- ¿Estamos hablando de parejas heterosexuales en su inmensa mayoría? ¿Cuánto incide, por ejemplo, el caso de dos mujeres? ¿Eso también se ha planteado?

SEÑOR BOSSANO.- Esta es una muy buena pregunta. Estamos hablando de que una vez por mes concurren parejas homosexuales que viven juntas. No hemos tenido consultas de varones, sino de mujeres en la que una acepta la inseminación de banco de semen. Generalmente no plantean fertilización porque realmente no hay esterilidad.

SEÑOR MOREIRA.- No tiene quien la fecunde.

SEÑOR BOSSANO.-En realidad, no lo usan, porque en ese sentido no quieren tener un *partenaire* masculino en una pareja que quiere ser femenina, pero sí quieren tener un hijo, y es frecuente que vengan a tener hijos. Nosotros lo aceptamos; antes el banco no daba la muestra, y entonces se iban a Buenos Aires y se hacían el procedimiento allá. Actualmente se ha aceptado que pueda hacerse y es frecuente, como también lo es que recibamos dos visitas por mes de mujeres solas. Personalmente, siempre bregué para que las mujeres solas pudieran llevar adelante un embarazo. En el primer embarazo triple que tuvimos, el hombre dio la muestra de semen y la mujer quedó embarazada, pero nunca más fue a conocer ni a los niños, que hoy tienen veinte años. La mujer, de profesión maestra, palió todo y hasta el día de hoy la rema. Por lo tanto, me parece que la mujer sola tiene derecho a ser madre.

Hoy en día también existe otra ventaja: mujeres de 30 a 37 años que también vienen a buscar crio o vitrificación de sus óvulos -sin pareja o con pareja-, y después esperan. A veces hemos esperado un cierto tiempo, incluso han tenido pareja con la que han tenido hijos, pero tienen sus óvulos guardados. Por otra parte, también vienen mujeres de más edad, 40 o 41 años, ya al límite de que puedan utilizar esos óvulos. Esto soluciona el problema de tener que hacerse una fertilización con un semen donante, cuando en realidad no lo quieren. Lo que hacen es guardar los óvulos. Quiere decir que hay un panorama bastante amplio en ese sentido.

SEÑORA MOREIRA.- Hoy en el Plenario, intercambiando opiniones con el señor Senador Moreira, yo defendía la idea de que las mujeres solas pudieran recurrir a los tratamientos de fertilización asistida diciendo que ya lo hacen y que lo único que hacemos es tratar de darle un marco legal. Ahora el doctor Bossano nos dice que son dos por mes, de modo que son veinticuatro por año, lo que representa el 10% de los que recurren, tomando en cuenta que recurren unos 280.

SEÑOR BOSSANO.- En edades que son específicas.

SEÑORA MOREIRA.- Nosotros hemos mantenido una discusión importante sobre el tema de la gestación subrogada. En mi caso en particular -también en el caso del señor Senador Moreira, pero por razones distintas- tengo muchos reparos al respecto. El señor Senador Agazzi hizo un relevamiento sobre qué es lo que se hace en los distintos países con la gestación subrogada. El proyecto inicialmente preveía el útero subrogado para primer y segundo grado de consanguinidad y después el señor Senador Solari hizo una redacción para el segundo grado de consanguinidad. Una parte de las mujeres y de las organizaciones de las mujeres pensamos en todos los riesgos que trae la gestación subrogada en cuanto a la restricción de una mujer; es alquiler de vientres por más que no haya un contrato oneroso de este tipo. Hay otras consideraciones de otra naturaleza sobre los lazos que se generan entre la persona que lo tuvo -como dicen ustedes- y la que lo fecundó. De modo que algunos de nosotros tenemos reparos importantes de incluir nada en materia de gestación subrogada en esta iniciativa. Ahora bien, el doctor Bossano fue Presidente de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana y nos informaba que no aceptaban gestación en los casos en que aparecen anualmente estos tres o cuatro de gestación subrogada. En tal sentido, deseo conocer su opinión, es decir, si no se aceptan por una cuestión de dificultad por el tratamiento o si hay una posición a este respecto.

SEÑOR BOSSANO.- Más que nada, es por una condición de que en este país no se puede dar con una facilidad importante. Desde el punto de vista personal, no lo veo mal y técnicamente es muy sencillo. Es una fertilización que se transfiere a un huevo adentro de un útero que está preparado para eso.

Pueden darse situaciones diferentes, por ejemplo, parejas en las que él no tenga semen suficiente y ella no tenga óvulos o útero. En ese caso, la situación comienza a complicarse. Por tanto, tiene que haber una donación de óvulos y un esperma de banco para fertilizar un huevo que luego se transferirá a una tercera persona, que será quien lo lleve.

A veces ese tipo de extensiones llevan a que sea algo no técnicamente imposible, pero sí complejo de administrar después, es decir, determinar quién tuvo a ese niño: quien lo generó como padre, quien lo tuvo como madre, o la pareja que vino a obtener un bebé, es decir, la que vino a hacer una adopción de alguien que se lo da. Por eso, frente a esas situaciones, no es tan fácil posicionarse.

SEÑOR MOREIRA.- Además, hay que considerar el vínculo filiatorio que se origina. En el marco legal que nosotros tenemos, si el útero subrogado reclamare al tener el hijo, va a ser muy difícil.

SEÑOR BOSSANO.- Creo que, filiatoriamente, es muy difícil porque habría que cambiar un sinnúmero de cosas. Me parece que si consideramos la población de este país y que desde el punto de vista de la fertilidad, ahora hay entre un 15% y un 18% de parejas que pueden tener hijos gracias a estas técnicas, llevar esta situación hasta ese extremo sería muy complicado. Creo que hay cosas mucho más importantes. Además, hay pocos casos de necesidad y, en los que existieran, sería muy complicado llevarlo adelante. Considero que en este país no hay ningún caso realizado de esa manera.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me gustaría plantear al doctor Bossano una pregunta sobre el articulado, tal como lo tenemos redactado. En él hay una prohibición generalizada de subrogación de útero, pero con una sola excepción: el caso de una mujer que, por una enfermedad o sus secuelas -útero irradiado, agenesia de útero, es decir, en ese tipo de situaciones-, está imposibilitada de llevar a cabo su propia gestación. En ese caso, puede acordar con un familiar suyo o de su pareja -obviamente, con una mujer-, en segundo grado de consanguinidad -o sea, del mismo nivel etario que la interesada y su pareja-, que se utilice el útero de ese familiar para llevar adelante la gestación. En ese caso, estaríamos utilizando un óvulo de la mujer que tiene el útero imposibilitado, un espermatozoide de su pareja -o, eventualmente, de un banco-, y la subrogación está motivada por la imposibilidad física. Y esa situación tan especial, tan particular, además, debería ser garantizada por la elevación de un informe por parte del médico o del equipo tratante a la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida, que se crea por esta misma ley.

Pienso que para el Uruguay sería un avance en el sentido de que quienes hoy pueden hacerlo en el exterior es porque cuentan con una cantidad de dinero muy importante para concretarlo. Y, a su vez, quienes no tienen ese dinero, no pueden hacerlo.

SEÑOR BOSSANO.- Es verdad, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- O sea que no habría una objeción a este tipo de solución.

SEÑOR BOSSANO.- Técnicamente, no. No habría ninguna objeción, señor Presidente.

Como mencionaba anteriormente, cada vez pueden plantearse más aperturas. Pero así, pues, llega un momento en que hay unas cuatro paternidades y maternidades; es por esa razón que digo que no todo se puede. Hay cosas que no se deben.

(Intervención de un señor Senador, que no se escucha.)

Me parece que es una técnica que puede ser puntualizada y referida definitivamente; y si es aceptada, creo que no hay inconveniente.

Después está el tema filiatorio; no sé quién lo va a arreglar.

SEÑORA MOREIRA.- No se preocupe…

SEÑOR BOSSANO.- Me preocupo. Me preocupo porque no lo arregla nadie después.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero poner en conocimiento de la Comisión que ha llegado el doctor Montes, que también se ocupa de esta temática y que es bien conocido por el doctor Bossano. Si no hay inconvenientes, le pediría que pase.

(Apoyados.)

(Ingresa a Sala el doctor Montes.)

-Damos la bienvenida al doctor Montes a la Comisión de Salud Pública, que está considerando el proyecto de ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida, cuyo tratamiento ha tenido cierta evolución.

Con el doctor Bossano hemos estado viendo los primeros capítulos. Actualmente estamos analizando el Capítulo V, que tiene que ver con la gestación subrogada.

Desde el punto de vista del mecanismo de funcionamiento de la Comisión, sugeriría que siguiéramos hasta el final del proyecto de ley escuchando las opiniones de quienes nos visitan, y una vez que hayamos terminado le pediríamos al doctor Montes que nos dé su punto de vista sobre los capítulos que ya consideramos.

Habíamos quedado en el artículo 27. No sé si el doctor Bossano tiene algún comentario para hacer.

SEÑOR BOSSANO.- Mencioné que la gestación subrogada podía determinar problemas filiatorios.

SEÑOR MONTES.- El comentario que tengo para hacer es corolario de todo lo anterior, a lo que me referiré más adelante.

En primer lugar, quiero expresar mi beneplácito por la presentación y aprobación eventual de este proyecto de ley. Recuerdo que en el año 1986, cuando fundamos el banco de semen, estábamos preocupados por los problemas filiatorios que se generaban con estas prácticas. En esa oportunidad, nos visitó el ex-Senador Hugo Batalla, a quien le dijimos: “Esperemos que la ley salga pronto”, a lo que respondió: “Doctor, estamos en Uruguay: cuarenta años”. Pasaron casi treinta años; es increíble. El doctor Batalla tenía una clara visión sobre este tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¡Lo queremos aprobar ahora!

SEÑOR MONTES.- Me parece perfecto. Respecto a la temática que se trata en este capítulo, estoy de acuerdo con establecer lo del útero subrogado, pero me parece que está en contrapunto con la práctica de donación de gametos y embriones, en la que se da prioridad no al aspecto genético de la donación sino al aspecto cultural, sicológico y sociológico. En este caso, creo que se está volviendo a lo genético al establecer que la única persona que pueda subrogar sea un pariente de primer o de segundo grado. Si seguimos con esa línea de la donación de gametos, se excluiría a una persona muy allegada a la mujer -por ejemplo, una amiga de toda la vida-, que a veces hasta es mejor que un pariente. Esta es la única observación que tengo que hacer sobre ese punto; me parece que esto podría ampliarse a otra mujer, muy allegada, que no fuera consanguínea. De todos modos, creo que es una observación menor.

SEÑOR BOSSANO.- Tuvimos el caso de dos hermanas mellizas, una con útero y la otra con ovarios, que vinieron con sus dos maridos y la mamá de ambas a consultar si podíamos hacer que la que tenía útero usara los ovarios de la hermana para tener hijos en su vientre -si podían ser mellizos mejor- y luego quedarse una con cada uno.

La reproducción no es una *mélange* de cosas. Creo que hay que considerar otros aspectos. ¿Cómo ve la hermana el caso de que la otra tenga un hijo con éxito para sí misma, pero cuando lo tiene que tener para ella no resulta exitoso? ¿Cómo ve a su hijo, que tuvo que darlo a su hermana? Es su hijo, pero lo va a ver como sobrino. No se puede llegar a extremos tales, de que la reproducción sea tan dirigida. Creo que las técnicas son para problemas de esterilidad y hay incapacidades que a veces no tienen solución. No puedo hacer esas combinaciones y que sicológicamente el niño no sepa si su madre es la tía, la abuela o quién.

SEÑOR MOREIRA.- Coincido totalmente con el doctor Bossano.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se pasa a considerar el Capítulo VI "De la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida".

SEÑOR BOSSANO.- En lo que tiene que ver con los integrantes, no veo nada que sea irregular. Creo que el representante de las sociedades científicas dedicadas al tema, debidamente acreditadas, es fundamental. La Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana -SURH- es la única que fue fundada por nosotros hace muchos años, existe, funciona y está representada a nivel latinoamericano. Debe ser una persona vinculada a la SURH, que tenga amplio conocimiento del tema y pueda juzgar estos asuntos con eficiencia.

SEÑORA MOREIRA.- En el texto que viene de la Cámara de Representantes y en uno anterior a este, el Consejo estaba integrado por un representante del Ministerio de Salud Pública, un representante del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, un representante de la Universidad de la República, un representante del Colegio Médico del Uruguay y un representante de las sociedades científicas. Quisiera saber cuándo se incorporaron en esta nueva redacción las Facultades de Derecho Privadas y las Facultades de Medicina Privadas. En qué momento del debate del texto se incluyó a un representante de las Facultades de Medicina Privadas y un representante de las Facultades de Derecho Privadas. Sé que no es la ocasión para consultarlo, pero me surgió esa curiosidad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que esta no es una pregunta para los expertos, que difícilmente van a saberlo; debe ser planteada al Presidente y a los demás integrantes de la Comisión. No recuerdo exactamente en qué sesión se incorporó, pero sé que estuvimos conversando sobre el tema y ello está recogido en la versión taquigráfica del día 30 de mayo, en la cual la señora Senadora Moreira no estaba presente.

SEÑORA MOREIRA.- Tengo en mi poder el comparativo del 4 de junio y no está en el articulado. De cualquier manera, aprovecho para preguntar si el doctor Bossano estaba proponiendo que se incorporara a la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida un representante de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana.

SEÑOR BOSSANO.- Debería haber un integrante reconocido como para poder opinar en la parte técnica.

SEÑOR AGAZZI.- El sentido de que haya un representante de las sociedades científicas dedicadas al tema es que la ley recoja la experiencia de quienes han trabajado en esto, pero es mejor expresarlo así porque dentro de tres, cuatro o cinco años puede haber otras sociedades o algunas de las que nuestros invitados integran puede no existir más, lo que va a obligar a modificar la ley.

SEÑORA MOREIRA.- ¿Hay alguna otra sociedad científica dedicada al tema, que no sea la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana?

SEÑOR BOSSANO.- En este momento, no; había otra, pero dejó de funcionar.

Quiero aclarar que la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana no está integrada solamente por médicos; hay endocrinólogos, biólogos, reproductólogos, andrólogos, urólogos, etcétera -no es una fusión, como la que existía antes, de grupos que tratan de conseguir el voto de socios, como enfermeras, etcétera-, es decir que la integran grupos que están vinculados a la reproducción y profesionales que tienen que ver con la parte de biología y andrología. Las elecciones se realizan cada vez que se eligen las autoridades de la Sociedad de Ginecología; es una subespecialidad. Hoy en día a quien se dedica a esto se le llama “reproductólogo” y tiene que conocer de endocrinología, ginecología, andrología, etcétera.

SEÑOR GALLO.- En la última reunión nosotros agregamos dos cometidos a esta Comisión Honoraria y quisiera saber la opinión de nuestros invitados al respecto.

Uno de ellos es considerar las solicitudes que se le elevaren relativas al procedimiento solicitado, de acuerdo al inciso segundo del artículo 26, que tiene que ver con el útero subrogado. Nosotros creíamos que ese procedimiento debería ser autorizado por un organismo superior y no quedar sujeto a la propia decisión del centro, y por eso lo incluíamos como un cometido de la Comisión Honoraria.

Y el otro cometido, que corresponde al literal f), está vinculado a la aprobación de los protocolos de investigación básica o experimental. También en este caso nos parecía -me gustaría conocer la opinión de nuestros invitados- que deberían ser autorizados por un organismo superior.

SEÑOR BOSSANO.- Estoy de acuerdo en que este tipo de procedimientos muy específicos y selectivos sean autorizados, en primer lugar, por la Comisión que trate el tema. Esto da también la

tranquilidad a quien haga el procedimiento de que después no va a tener ningún tipo de complicación legal, de índole filiatoria o punitiva.

SEÑOR GALLO.- En esto tiene que ver el artículo 17 porque ahí teníamos dos redacciones en cuanto a los procedimientos. Uno era más complejo o más garantista que otros, pero quisiera saber su opinión con respecto a eso.

En una de las propuestas decimos que toda investigación científica efectuada con gametos o embriones debe ser realizada respetando los principios de la bioética en centros autorizados previamente para ello por el Ministerio de Salud Pública y en base a un proyecto que cuente con un informe favorable de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida. El otro enfoque era más simple y estaba vinculado a que todo protocolo deberá ser aprobado solo por la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida, previo a iniciarse el mismo. Uno de los procedimientos es más simple que el otro, pero de cualquier manera creo que los dos son garantistas aunque diferentes; uno es un poco más complejo porque primero el centro tiene que ser autorizado por Salud Pública y en base a un proyecto que cuente con un informe favorable de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida, mientras que el otro saltea el pasaje por el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR BOSSANO.- Me parece que el Ministerio de Salud Pública tiene la posibilidad de conocer cómo trabajan los centros, pero el problema es que las autorizaciones que se tienen que esperar son eternas. Por suerte somos el único centro en el Uruguay que tiene la posibilidad de ser auditado por gente que está en el tema a nivel internacional y nos inspeccionan todas las áreas de trabajo, incluso la sala de operaciones y el laboratorio. Todo tiene que estar escrito y documentado y todos los protocolos deben ser autorizados por un plazo máximo de tres años. No todos los centros cumplen esta función, simplemente porque tienen menos casos o porque no se presentan para ser auditados, pero a nosotros nos pareció que estábamos buscando la excelencia del centro y que eso era bueno para que la técnica se desarrollara. Sería una buena cosa que los controles del Ministerio de Salud Pública fueran normales y se pudieran hacer en todos los centros de igual manera, porque no se está exento de que alguien vea los costos que se tienen y que de repente se dedique con dos o tres personas -y no con catorce como en nuestro centro- a tener un centro de reproducción en cualquier lado, vendiendo ilusiones o servicios que ni siquiera son controlados por Salud Pública. Esto es verdad porque yo tuve una clínica y la tuve que vender. La sala de operaciones estuvo autorizada durante dieciséis años, pero en los últimos dos a una persona del Ministerio se le ocurrió que no era suficiente porque los diámetros que tenía que tener la sala de operaciones para procedimientos ambulatorios habían cambiado.

Entonces, uno no sabe cuál es la mejor opción. Puede suceder que Salud Pública sea quien autorice y después pase, como ya sucedió, que ni siquiera tenían referencia de lo que era un acto de fertilización in vitro; no sabían ni dónde se hacía; tuvimos que darle todo el material. Una Comisión que trabajó en esto nos trató muy bien y le dimos toda la información; la elaboraron, pero no se aplica. Entonces, si Salud Pública está para esto, que aplique los reglamentos, que sea ágil y que no impida que los centros autorizados por Salud Pública ejerzan todo este tipo de tareas -ya sea en forma pública o privada- como venimos haciéndolo desde hace tantos años.

SEÑOR MONTES.- Me afilio a la opción de la derecha porque si en la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida ya existe un integrante de Salud Pública evitamos un trámite adicional. Pero la diferencia más grande entre uno y otro es que uno prohíbe totalmente la experimentación con embriones y el otro no. Aquí surge una duda importante, porque hay embriones que son claramente inviables y están destinados a morir porque tienen una aneuploidía, una alteración a nivel de los cromosomas, y el desarrollo se detiene.

Entonces, no sé si prohibir el uso de esos embriones para la investigación; son inviables. Lo planteo como duda; es muy difícil pero se podría hacer.

SEÑOR MOREIRA.- Teniendo en cuenta la extensa experiencia del doctor Bossano y en función de que hemos recibido al Subsecretario de Salud Pública, quiero preguntarle sobre la cobertura y la complejidad de los procedimientos. En el artículo 4º se habla del procedimiento de alta y baja complejidad y su cobertura. Los de baja complejidad estarían comprendidos entre los programas integrales de asistencia del Sistema Nacional Integrado de Salud y los de alta complejidad son más complejos porque se harían de acuerdo a lo dispuesto por la reglamentación y se financiarían a través del Fondo Nacional de Recursos. Me gustaría saber cuál es la distribución entre los de baja y alta complejidad en función de la experiencia que tienen, porque uno de los aspectos que se plantea es el costo de todo esto, máxime ahora que se incluye a las parejas homosexuales aunque, aparentemente, es muy bajo el porcentaje de estas que requieren este tipo de técnicas. Me gustaría tener una idea de cómo va a ser esto en la práctica.

SEÑOR BOSSANO.- Voy a decir dos cosas.

La baja complejidad es una técnica sencilla, se trata de una inducción de ovulación con medicamentos, generalmente, no de mucho costo y bajo número de dosis para hacer una inseminación. La muestra la preparan en el laboratorio Fertilab; la entregan y nosotros la inseminamos. Es un costo que en total no pasa los $ 8.000 o $ 10.000. Eso se repite durante varios ciclos, pero si fracasa -hay que saber por qué fertiliza o no fertiliza y sacar los óvulos- se pasa a técnicas de alto costo.

El procedimiento de alta complejidad tiene un costo mayor a los US$ 4.000 porque la medicación es cara, cada ampolla cuesta algo más de $ 20.000 y a veces se necesitan tres o cuatro de cada una, o sea que estamos hablando de más de US$ 2.000 de costo de medicación, además del procedimiento de inducción, en el que hay que tener en cuenta el tiempo de internación y las personas que trabajan: anestesista, instrumentista, biólogo y segundo biólogo. En total trabajan alrededor de 13 o 14 personas, sin embargo el costo es más de medicación que de procedimientos. En total estamos hablando de US$ 4.000 a US$ 6.500. Entonces, nosotros también nos preguntamos cómo se va a financiar esto. ¿Quiénes acceden a este tipo de procedimiento? ¿Quién les da cobertura? ¿Qué cobertura? Además, mientras piden la autorización, se les van los ciclos.

Entonces, los procesos de baja complejidad son fáciles, sencillos; se harán, se pasará el costo a quien sea y podrán venir, por ejemplo, con una orden. No sé cómo podría ser la sistematización respectiva, pero lo de fertilización es diferente porque e a veces no se pueden esperar los ciclos de autorización porque la edad reproductiva de la mujer tiene su límite.

Se nos había ocurrido -creo que en algún momento lo habíamos hablado con el señor Senador Solari- que se podría determinar un costo adicional al anticonceptivo, que es tan usado y que debería serlo más para que se tuviera una mejor salud reproductiva. Estoy hablando de que se pudiera cobrar algo más por cada anticonceptivo que se vende; por ejemplo, si vale $ 200, que se cobrara $ 250 -esto sería algo permanente- y, de repente, con los miles de anticonceptivos que se comercializan mensualmente podría formarse un fondo de recaudación, una sumatoria de recursos como para que el Gobierno, el Estado pudiera…

SEÑOR MOREIRA.- ¿La ingesta de anticonceptivos mejora la capacidad reproductiva de la mujer?

SEÑOR BOSSANO.- No; pero si nosotros usamos el anticonceptivo para evitar la gravidez en los 15, 16 o 17 años y tenemos una buena anticoncepción, planificada -y que tenga en cuenta al preservativo para no tener enfermedades infecciosas- estamos, en primer lugar, salvaguardando de la esterilidad.

En segundo término, hay que tener en cuenta que el anticonceptivo bien reglamentado y controlado es mucho mejor que cualquier otro tipo de anticoncepción. Además, implica que no se utilice sólo la anticoncepción mecánica y que no tenga lugar el error en este tema.

Por último, deberíamos saber que si los anticonceptivos se usaran en mujeres que ya tienen cinco, seis o siete hijos, estaríamos brindando a esa familia el beneficio de no tener hijos que estuvieran tirados por ahí, dicho esto también desde el punto de vista social.

Lo que hemos pensado es una posibilidad -los señores Senadores analizarán otras y sabrán mucho más cómo implementarlas-; en algunos lugares se usan 100.000, 200.000 o 1:000.000 de anticonceptivos -no sé cuántos exactamente se emplean por año- y esa venta podría plantearse como una especie de solidaridad entre quienes buscan anticoncepción porque ya tuvieron hijos y aquellas personas que no pudieron tenerlos. De ahí se podría formar un fondo para encarar los procesos de alta complejidad ya que a los de baja complejidad, prácticamente, pueden acceder todos, aunque en algunos casos con algún esfuerzo.

Acabo de participar en una reproducción asistida de una paciente que es policía, al igual que su esposo; más aún él tuvo que hacerse una biopsia testicular para extraerse 15 espermatozoides. Ella está ligada desde un matrimonio anterior y hubo que hacer, sí o sí, una fertilización in vitro. Por suerte, hoy me dijeron que estaba embarazada, porque es increíble el esfuerzo que hace esa gente para conseguir el dinero necesario; estamos hablando de horas extras, de mucho trabajo y de venta de sus pertenencias.

Entonces, creo que esas personas deberían tener más facilidad en este sentido y que esto podría estar compensado por quienes pueden acceder sin problema a estos procedimientos. Me parece que este sería un mecanismo de protección que apunta a cómo organizar el pago de estos procedimientos. Sé que decidir esto es tarea de los señores Senadores, pero lo que aportamos es una idea.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a reiterar una pregunta hecha por el señor Senador Moreira. ¿Cómo se dividen porcentualmente los procesos de alta y baja complejidad y, en números absolutos por año, aproximadamente de cuántos casos estaríamos hablando?

SEÑOR BOSSANO.- Considero que el doctor Montes puede saber bien cuántas inseminaciones se hacen porque maneja todas las muestras de todos los ginecólogos. En mi consultorio, trabajando con tres ginecólogos, estamos haciendo unas 15 o 20 inseminaciones por mes; estamos hablando de procesos de baja complejidad.

Con respecto a fertilizaciones in vitro o reproducciones asistidas de alta complejidad - cada uno de nosotros puede manejar diferentes números porque trabajamos en distintos consultorios y cada cual tiene sus pacientes-, estamos hablando de que se hacen entre 20 y 40 por mes en lo que va de este año, y la cifra depende del mes en cuestión. Por año serían, por lo menos, unos 280 procesos de alta complejidad.

SEÑOR MONTES.- Los programas de alta complejidad son más fáciles de tener controlados o, por lo menos, conocidos. Igualmente, debo decir que no hay números exactos al respecto, pero nuestro

centro es el que maneja la mayor proporción. Promedialmente, tenemos unos 300 casos al año -poco más o menos- y deben hacerse 200 más en los otros centros, por lo que estaríamos hablando de 500 o 600 procedimientos anuales, no más.

En cuanto a las inseminaciones artificiales ya es más difícil dar datos porque nuestro laboratorio no es el único que prepara la muestra de semen, también lo pueden hacer diferentes centros. Nosotros hacemos alrededor de unas 200 preparaciones mensuales, o sea, unas 2.000 al año, pero debe haber unas 3.000 o 4.000. Es decir, diez veces más; diez veces más barato el costo, diez veces más frecuente. En general, las parejas primero empiezan por la inseminación, porque es la técnica más barata, y después pasan a la otra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero saber si entendí bien el tema.

El doctor Montes estima que en el total del país habría aproximadamente unos 3.000 casos de procedimientos de baja complejidad hechos por año y alrededor de unos 500 casos de alta complejidad.

SEÑOR MONTES.- Aclaro que en ese número de procedimientos puede haber una misma pareja.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí, quedó claro que estamos hablando de procedimientos.

SEÑORA MOREIRA.- Estábamos mirando con el señor Senador Moreira que el costo sería de U$S 3:000.000 al año, puesto que cada tratamiento de reproducción de alta complejidad vale US$ 7.000 y son 500 por año.

Entonces, me gustaría saber si la realización de los tratamientos de alta complejidad son decisión del Fondo Nacional de Recursos, pues la idea del Ministerio de Salud Pública es tener los tratamientos de baja complejidad cubiertos por la canasta sanitaria y los de alta complejidad requerirían una decisión especial que estaría junto con las decisiones especiales que se toman para otros tratamientos de alta complejidad y, en este caso, la institución a cargo sería el Fondo Nacional de Recursos. Ahora bien; el doctor Bossano plantea que se podrían buscar los recursos, para estos US$ 3:000.000 al año que se precisarían, a partir de una tasa extra a los anticonceptivos. En realidad no sé si nosotros vamos a tener que considerar esto dentro de este proyecto de ley o se lo vamos a encomendar al Ministerio de Salud Pública, al Fondo Nacional de Recursos, al Ministerio de Economía y Finanzas o a quien sea que disponga de la plata, que van a venir y harán sus estimaciones. Podemos generar dos tipos de medidas: un impuesto o tasa que afecte a la industria farmacéutica o un incremento en el costo. La pregunta es si un incremento en el costo de los anticonceptivos orales no iría en contra de la idea nuestra de que poco menos hay que darlos gratis para que la gente los use; me refiero a la idea de ir bajando el precio de los preservativos, por ejemplo, ponerlos en venta en todas las cajas de los supermercados, porque es parte de una política de prevención, bajar los costos para el que los usa y aumentar la disponibilidad. Entonces, ¿no sería un desincentivo, en este caso?

SEÑOR BOSSANO.- Pienso que no, señora Senadora. Creo que es una buena medida fomentar una campaña de buena reproducción y de curar el problema antes de que venga, pues en la anticoncepción y en el uso del preservativo está la no infección del útero, la no contaminación, la no

obstrucción de trompas, etcétera. El anticonceptivo no es caro, pero hay una falta de educación total; la gente no cree en él. En el Hospital Pereira Rossell, concretamente en AUPF -Asociación Uruguaya de Planificación Familiar- existió durante muchos años una planificación familiar a través de la colocación de dispositivos intrauterinos, fomentado por el doctor Morelli. Creo que eso tampoco era lo mejor para las mujeres que nunca habían tenido hijos porque generan una posibilidad de contaminación tubaria, a través de los hilos del DIU y la poca higiene que a veces tiene la portadora joven ante ese tipo de situación. Pero con el anticonceptivo no sucede eso y me parece que es una forma de que haya una variedad enorme y un número de laboratorios -diría que más de diez- que trabaja con anticonceptivos como quien vende galletitas: el que no tiene anticonceptivos, el año que viene, los saca. Entonces, hay formas y variedades de todo tipo, gestágenos, estrógenos, lo que fuera. Me parece que esa puede ser una vía, aunque puede haber otras, pero no me parece que vaya en contra.

SEÑOR GALLO.- Ingresando en otro tema, quisiera saber la opinión de los doctores con respecto al artículo 6º, que refiere a los requisitos para la realización de Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Concretamente, el literal b) dispone: "Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o su posible descendencia. A tales efectos deberá determinarse el buen estado de salud sicofísica de la mujer de conformidad con las exigencias de un protocolo obligatorio que acredite que no padece enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas", etcétera. Consulto a los doctores si este requisito les parece factible, si es viable, si la redacción y los conceptos son adecuados.

SEÑOR MONTES.- Este es uno de los puntos más importantes al que quería referirme con relación al artículo 6º, que habla de acreditar que no se padece enfermedades genéticas. En realidad, este punto es teórico porque no es fácil de llevarlo a la práctica. En general, no se puede determinar todas las eventualidades. Muchas veces la infertilidad es de causa congénita -o sea, viene con la persona-, y seguramente es genética, es decir que está en la base de su problema. Siempre existe el riesgo de transmitir una condición genética defectuosa a la descendencia. Eso lo hablamos con los pacientes, ellos lo saben. Por algo la naturaleza le puso cierto obstáculo. Es más, se conocen casos, pero los riesgos son tan bajos que la gente igualmente los asume. ¿Por qué? Nosotros se lo planteamos así: "La posibilidad de que tenga un hijo sano, es una en dos. La posibilidad de que tenga un hijo enfermo es uno en cinco mil". Los números son claros, pero no se puede descartar que una persona tenga una enfermedad genética que la pueda transmitir a la descendencia.

Por otro lado, un paciente sabedor de que es portador de una enfermedad hereditaria, por ejemplo, talasemia menor o hemocromatosis hereditaria, igualmente puede querer tener hijos. Según este protocolo no podría, porque tendría una enfermedad genética que lo excluye. En mi opinión, lo correcto sería asesorarlo, pero la decisión final es de la pareja o de la mujer sana. Lo mismo nos pasa con las enfermedades infecciosas. Antes, a los que tenían SIDA, en las parejas serodiscordantes, se les prohibía desde el punto de vista médico tener hijos, pero ninguno hacía tratamiento. Hoy por hoy, prácticamente todas las parejas, con el protocolo bien estudiado, asumen el riesgo de que la mujer se contagie de la enfermedad, porque es bajísimo; podría pasar pero no ha ocurrido.

En definitiva, en este tema no se puede hablar en términos absolutos. En otro artículo observé que se habla del donante. Pienso que no se puede pedirle al donante que sea genéticamente puro, porque no existe -no hay nadie genéticamente puro-, por tanto lo que se debe pedir es que no tenga un riesgo mayor que la población general.

SEÑOR GALLO.- Entiendo el comentario del doctor Montes, pero debo advertirle que esta redacción continúa con otro concepto. Es decir que no solamente habla del protocolo que acredite que no padece

enfermedades genéticas, sino que dispone tres condiciones: que comprometan la viabilidad del embrión, que sean transmisibles a la descendencia y que no puedan ser tratadas luego del nacimiento del niño o niña.

SEÑOR PRESIDENTE.- Son tres condiciones que se suman, no son independientes.

SEÑOR GALLO.- No. En realidad se dice: “o que sean trasmisibles a la descendencia y no puedan ser tratadas luego del nacimiento”. De cualquier manera, en el concepto del doctor Montes, intuyo que es difícil establecer estas condiciones.

SEÑOR MONTES.- Sucede que toda esta parte tiene que ver con probabilidades y, por lo tanto, hay que manejar el concepto de riesgo. Nadie puede dar seguridad.

SEÑOR GALLO.- Entonces, desde el punto de vista de la puesta en marcha del procedimiento, esta redacción complicaría las cosas.

SEÑOR MONTES.- Así es, y lo mismo pasaría con el donante. Uno podría preguntarse: ¿tuvo una enfermedad hereditaria y es donante? ¿Cómo puede ser? En realidad, el donante debe garantizar que no tiene riesgo aumentado con respecto a la población en general, pero lo cierto es que todos somos portadores de siete enfermedades hereditarias que muchas veces no conocemos.

SEÑOR AGAZZI.- He estado haciendo un verdadero esfuerzo por razonar y ahora quisiera hacer algunas breves consideraciones.

Ante todo, según entiendo, el concepto que nos ha explicado el doctor Montes refiere a las enfermedades genéticas o hereditarias, pero no a las infecciosas, que constituyen un caso diferente por ser detectables. ¿Es así?

SEÑOR MONTES.- Así es.

SEÑOR AGAZZI.- Entonces, quizá haya que establecer esto de otra manera. El genoma que traemos nosotros no se divide en algunos sanos y otros enfermos; en realidad, se trata de algo bastante más complicado. Por eso habría que encontrar una forma más apropiada de incluir esto en el texto. De todos modos, eso no significa que el doctor Montes esté en contra de ver que la situación genética no comprometa la viabilidad del embrión.

SEÑOR MONTES.- Lo que nosotros hacemos es explicar a los pacientes cómo son las cosas. Supongamos que alguien padece una poliquistosis renal congénita, pero igualmente quiere tener un hijo. ¿Qué es lo que tenemos que hacer en ese caso? Asesorarlo, decirle que el riesgo es de uno en dos, es decir que hay un 50% de probabilidades de que la criatura padezca el trastorno. Hay que preguntarle si, de todos modos, quiere tener un hijo, y si dice que sí, que asume el riesgo, pues bien: tiene el derecho de hacerlo. Además, en realidad nadie conoce cómo es su genoma.

En definitiva, el concepto es que debe decirse a la persona todo lo que uno sabe, pero la decisión no puede ser del médico porque, si lo fuera, un paciente diabético no tendría hijos debido a la posibilidad de trasmitir la diabetes a su descendencia. Estaríamos haciendo eugenesia, es decir, intentando mejorar la especie; esa es la crítica más aplicada en nuestra práctica y, de hecho, en el caso de la donación, es la única crítica válida.

SEÑOR PRESIDENTE.- Dado que, por motivos relacionados con su labor, el doctor Montes se sumó a esta reunión más tardíamente, vamos a darle la oportunidad de referir sus observaciones con relación a los primeros cuatro Capítulos del proyecto de ley a consideración.

Si el doctor Bossano quiere permanecer y acompañarnos, es bienvenido.

SEÑOR BOSSANO.- Francamente, debo retirarme señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo. Le agradecemos mucho su presencia.

(Se retira de Sala el doctor Bossano.)

-Tiene la palabra el doctor Montes.

SEÑOR MONTES.- Nuevamente agradezco que me hayan invitado a este ámbito, al tiempo que los felicito por este proyecto de ley que realmente necesitamos para poder tener las cosas bien claras en esta materia. Vale recordar que cuando empezamos con todo esto, nos basábamos en el sentido común y en la práctica de los demás -es decir, de los Consejos Médicos americanos y europeos-, lo cual era lógico, y así fue durante casi treinta años.

Voy a ser bien concreto en mis observaciones sobre la iniciativa a consideración.

En el artículo 1º, en el que se especifican las técnicas, faltó agregar la que se utiliza con mayor frecuencia. Me refiero a la microinyección espermática, conocida por la sigla inglesa ICSI, que es la técnica más usada, incluso, más que la fecundación in vitro. ¿Se entiende la diferencia? En la fecundación in vitro se pone al óvulo y al espermatozoide en una cajita de vidrio y el espermatozoide entra solo. Eso es útil solo para el caso de una mujer con una trompa obstruida, pero no lo es para el factor masculino severo, que es por lo que más se acude a estas prácticas. En estos casos se toma al espermatozoide con una microaguja y se viola, se perfora el ovocito para colocar el espermatozoide.

Esa técnica no está contemplada en el artículo; se mencionan todas los demás menos esta, que es la más frecuente.

Se habla de criopreservación de gametos, pero me parece que en toda la ley se asumió que lo del espermatozoide estaba aceptado de hecho y, por tanto, se hace referencia a ovocitos y a embriones. A mi entender, donde dice "ovocitos" hay que poner "gametos", porque espermatozoide y óvulo son equivalentes.

Por otra parte, faltó la donación de gametos y embriones -no sé si se va a incorporar ahí- porque se habla de las técnicas, pero no sé si se va a hablar de la donada.

Otro estudio que se está haciendo en el Uruguay es el PGD o Diagnóstico Genético Preimplantacional. ¿Eso también se va a habilitar? Por ejemplo, el hombre o la mujer tiene una enfermedad que no quiere trasmitirle al hijo y, entonces, se estudian los embriones antes de transferirlos. Aquellos embriones que tienen la falencia no se transfieren; se transfieren solo los que son sanos.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Eso solo se puede hacer con embriones o también se puede hacer con gametos?

SEÑOR MONTES.- Se hace con embriones. Esto ha cambiado mucho; antes se hacía con una de las células del embrión inicial y ahora se está haciendo con las células que van a dar origen a la placenta.

SEÑOR GALLO.- Nosotros sacamos todas estas técnicas del glosario de la OMS sobre el tema y allí no estaban estas dos mencionadas por el señor Montes. Yo supongo que ese glosario fue hecho cuando estas técnicas no existían.

SEÑOR MONTES.- En el término "fecundación in vitro" se incluyen las variantes pero, como están especificadas todas las otras, me pareció que habría que incluir esta, que es la más usada.

En un pasaje del artículo 2º se dice: "como principal metodología terapéutica de la infertilidad", pero esto excluiría a la mujer sola o a la pareja homosexual, porque no serían infértiles. A mi entender, debería decir: "como principal metodología terapéutica para lograr el embarazo". Hago este comentario pensando desde el otro lado, del de la pareja.

Por otro lado, el término "único", por ese concepto de absoluto que conlleva, no es apropiado. Con cierta frecuencia las mujeres se embarazan espontáneamente tras haber fracasado en una o más técnicas de reproducción asistida. En mi opinión, debería decir "en la medida en que tenga indicación médica para". El embarazo siempre es una chance estadística; las técnicas de reproducción asistida lo que hacen es aumentar sensiblemente estas chances con respecto al embarazo natural, pero no deben manejarse conceptos absolutos. Alguien puede preguntarse: ¿cómo puede ser que haya fracasado en tres fertilizaciones in vitro, que era el único tratamiento para quedar embarazada, y después se haya embarazado espontáneamente? Eso sucede; cuando se hace una fertilización in vitro es como jugar cincuenta números a la quiniela, puede fracasar porque le quedan otros cincuenta. En cambio, un embarazo natural se puede lograr todos los meses; después de tres años puede lograrlo. Es por eso que no se pueden manejar conceptos absolutos.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Cómo sería la redacción que usted sugeriría?

SEÑOR MONTES.- Deberían cambiar la palabra “único”.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo, pero había una modificación anterior.

SEÑOR MONTES.- La anterior decía: “como principal metodología terapéutica para lograr el embarazo”.

SEÑOR GALLO.- Con respecto a eso tenemos un artículo 5º en el que se da una definición de infertilidad, ya que se expresa: “A los efectos de la presente ley se entiende por infertilidad la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas”. La duda que tengo es acerca de si estas técnicas de reproducción asistida están aplicadas a la infertilidad.

SEÑOR MONTES.- Entiendo que quedarían fuera de la cobertura del Sistema Nacional Integrado de Salud las mujeres solas y los homosexuales. Por la forma en que está redactado esto quedarían fuera, ya que se habla siempre de infertilidad. Pero se les va a decir claramente que no son infértiles, que prueben con un hombre, lo cual es un contrasentido porque ya renunciaron a eso. Al analizar la situación me pongo más en la posición de abogado del diablo.

SEÑOR GALLO.- En el caso de la mujer sola, entendemos que la que puede acceder a esto es infértil.

SEÑOR MONTES.- Es fértil, lo que ocurre es que generalmente se trata de mujeres mayores de 40 años o próximas a esta edad, profesionales, de nivel económico alto, que postergaron la maternidad y cuando se acuerdan del tema, sus chances son menores. No tienen pareja, es muy raro aquel caso de la mujer que perdió al hombre cuando tenía 38 años. Eso es excepcional; lo más frecuente es que no tenga pareja. Dicen los ingleses que una mujer de 38 o 40 años no consigue un hombre para formar una pareja y una familia bajo ningún concepto. Entonces, es un taxímetro que se le va y, ante esto, ¿qué hace la mujer? Forma pareja disfuncionales. Por eso, nosotros aceptamos a mujeres solas. Durante veinte años no aceptamos a mujeres solas ni a homosexuales; hicimos un banco para problemas médicos, es decir, casos comprobados en el área médica, tanto de mujeres como de hombres. Los otros eran causas sociales. Pero analizando la literatura y cómo se orienta el mundo, los psicólogos nos decían que era mejor que la mujer solucionara su problema de la maternidad a través del banco, sin engaño de nadie y después tratara de conseguir su pareja, y no que formara una pareja disfuncional, porque se casa con un hombre para tener hijos, y después eso funciona horrible. Entonces nosotros cambiamos ese concepto. En el año 2000 empezamos a aceptar a las mujeres

solas y a mujeres homosexuales y ello va en línea con lo que se está hablando acerca de los derechos en el Parlamento. Reitero que no se trata de mujeres infértiles.

SEÑOR PRESIDENTE.- Este tema es para discutir.

SEÑOR MONTES.- El término "único" habría que relativizarlo porque, de lo contrario, después podríamos tener problemas. Por ejemplo, una mujer puede decir que le hicieron tres fertilizaciones *in vitro* y le hicieron gastar US$ 18.000 y resulta que después se embarazó naturalmente. De ahí deduce que no era el único tratamiento.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo.

SEÑOR MONTES.- El artículo 3º dice: "más allá del inicio de la tercera década de la vida". Creo que debe decir cuarta década.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es la cuarta década, porque la caída de la fertilidad es a partir de los 32 o 35 años.

SEÑOR MONTES.- Le agregaría a esa frase que dice que promoverá la prevención de la infertilidad, particularmente combatiendo las enfermedades, algo que expresara que se deben combatir los hábitos y estilos de vida nocivos, que es lo que más afecta la fertilidad, porque creo que va en línea con lo anterior.

SEÑOR PRESIDENTE.- Debo entender que no son excluyentes, por lo que podría hablarse de los hábitos nocivos de vida junto con lo anterior.

SEÑOR MONTES.- El artículo 5º habla de la infertilidad. Hay una salvedad. Nosotros no aplicamos esa definición cuando existe una causa absoluta y definitiva de infertilidad de entrada. No tiene sentido que le digamos a esa persona que espere un año, porque si cuando viene resulta que el hombre no tiene espermatozoides, tiene un cuadro genético: ya sabemos que es infértil. No le podemos decir que intente un año y después vuelva, que le hacemos un tratamiento. O sea que agregaría "la comprobación fehaciente de una causa absoluta y definitiva de infertilidad". No hay que esperar ese tiempo. Y la situación se agrava cuando ese hombre está casado con una mujer de 40 años, pues le hacemos perder un año, y entre los 40 y los 41 capaz que pierde el 50% de la fertilidad.

Con relación al artículo 6º, trata de la acreditación de enfermedades genéticas y ya lo habíamos hablado.

En lo que tiene que ver con el artículo 8º, me quedó una duda cuando se refiere al consentimiento para inseminación *post mortem*. Nosotros hacemos firmar al paciente que, en el caso

de que fallezca, si hay muestras de semen, estas se eliminan. Hemos tenido solamente un caso en treinta años en el que vino una muchacha que quería el semen de su pareja fallecida, y recurrió a un abogado. Yo le dije: “Hable con su abogado y yo paro el proceso de eliminación de las muestras, no las tiro. Estoy consciente de que ese hombre falleció, pero como usted me opone este recurso…”. Al final, pasó el tiempo y eso quedó en la nada.

Pero esa inseminación *post mortem*, ¿es nominativa o genérica? O sea, el paciente permite que el banco use su semen, ¿pero para quién? ¿Para su mujer? ¿Para su novia? ¿O en general? ¿Quién reclama después eso? ¿Quién hace frente al pago de la anualidad del banco? Porque eso tiene un costo. Me parece que la idea de la inseminación *post mortem* va en contra de lo esperado. No es lógico que un hombre se haya muerto hace cuatro meses y después aparezca un hijo. Considero que esa situación no se contempla. Hay un tiempo legal, de unos trescientos días, en que la situación se puede manejar, porque si ese hombre se muere, al mes siguiente se hace la inseminación, después se le adelanta el parto a la mujer y nace dentro de los trescientos días, entonces no hay ningún problema, pues ese es el plazo que establece la ley para que el hijo sea legítimo. Pero creo que la situación se complica con esta cuestión de la inseminación *post mortem*. ¿Qué sentido tiene?

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero hacer una aclaración para que sepa de dónde surge esto. Supongo que hay parejas en que uno de los miembros, el hombre en particular, puede tener una enfermedad terminal y, a su vez, es una persona relativamente joven, y que esa pareja decidió que, pese a que el hombre va a morir, quiere tener un hijo. Inician los procedimientos de reproducción asistida, pero no los completan dentro del término, ni siquiera la transferencia del embrión; pero la voluntad de ellos es tener un hijo.

SEÑOR MONTES.- Eso es otra cosa, porque ahí hay un embrión. Yo estoy hablando del caso en que haya semen de esa persona en el banco.

SEÑOR PRESIDENTE.- El hombre todo lo que puede hacer es poner el semen en su banco y decir: “Aunque yo fallezca, quiero que ese semen sea utilizado por un óvulo de mi mujer, porque esa es la voluntad de ambos”.

SEÑOR MONTES.- Si es así, es nominativa, y me parece bien. Pero el problema va a venir después, a nivel filiatorio, porque nace en un momento en que no pudo ser el padre.

SEÑOR PRESIDENTE.- No, porque la filiación está dada por quienes aportaron los dos gametos.

SEÑOR MONTES.- No me opongo a eso, pero me parece que tiene que ser específico para una persona, para una mujer determinada, y no puede ser una cosa genérica, que el donante diga: “Yo lo dejo para que lo utilicen”. Naturalmente, ese semen va a servir, pero esa no es la cuestión.

SEÑOR PRESIDENTE.- O sea que habría que acotarlo.

SEÑOR MONTES.- Tendría que ser nominativo, para una persona determinada, que se supone es la mujer.

SEÑOR PRESIDENTE.- Para una persona determinada y por un tiempo determinado.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica.)

SEÑOR MONTES.- Respecto al segundo párrafo del artículo 8º no entiendo por qué la mujer tiene que dar un segundo consentimiento si ya lo hizo y, sobre todo "al momento" de realizarse la transferencia. Es muy difícil conseguir un consentimiento en ese momento.

SEÑOR PRESIDENTE.- Este artículo originalmente se refería a las situaciones de separación e incluía la separación de cuerpos, terminar la unión concubinaria o el divorcio. Entonces, se puede plantear el conflicto entre la mujer que quiere seguir adelante con el procedimiento y el hombre que no quiere saber más nada. Cabe destacar que había un consentimiento previo. Una de las maneras de resolver este tema era esta, pero si ahora hay una práctica más, mejor.

SEÑOR MONTES.- Pero si la mujer quiere continuar el procedimiento y el hombre no, ¿qué sucede?

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene que tener el consentimiento de los dos en el momento. El problema es que jurídicamente no existe el término cuando están separados.

SEÑOR MONTES.- Mi duda era porque no comprendía por qué razón debía haber un segundo consentimiento "al momento" porque parecería que debería ser cuando se está haciendo la transferencia.

El artículo 10 refiere al artículo 16 y dice lo que no debe hacerse con los embriones, pero en ningún momento determina lo que sí debe hacerse, que es donarlos. Insisto: en ningún momento el artículo 16 especifica qué se debe hacer si la pareja no está de acuerdo en transferirse los embriones, no habla de la donación de embriones Señala que no se puede investigar, que van a quedar bioconservados, pero ¿por cuánto tiempo?

SEÑOR PRESIDENTE.- Es cierto que el artículo 10 transfiere el problema hacia adelante, hacia el artículo 16, pero el problema es que dentro de la Comisión no hay consenso en que esos embriones sean donados en forma obligatoria para ser transferidos. Pero al mismo tiempo, tampoco había consenso en que pudieran ser destruidos. Entonces, se lo pasa al artículo 16, que es indefinido con respecto a qué es lo que puede pasar. Lo deja a la reglamentación.

SEÑOR MONTES.- Exacto. Ahora bien, creo que ahora, con la ley del aborto, esto estaría incluido en eso, porque la pareja dice: “Deme mis embriones” y los descarta. De hecho, es lo que se hace con la ley. Es decir que ahí tendría un camino para no donarlos. Serían las dos opciones que antes nosotros no habilitábamos. Como ahora tiene la capacidad de decidir esa interrupción…

SEÑOR PRESIDENTE.- Refiere al artículo 16, pero este no resuelve el problema.

SEÑOR AGAZZI.- El artículo 16 tiene un sentido, cuando dice al final: “así como la posibilidad de generar un embarazo a partir de los mismos”. O sea que se conservan y pueden ser utilizados para generar un embarazo.

SEÑOR MONTES.- Claro, pero no dice si es en la pareja o dónde. Esa parte

queda abierta.

SEÑOR AGAZZI.- Una parte del problema puede estar incluida; otra parte, nosotros dejamos el lapso que determina la reglamentación, porque pensamos que esto es algo que se va a ir regulando y cambiando los criterios, ya que no estuvimos de acuerdo en decir que se eliminaba.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo; sabemos que allí tenemos un tema para trabajar.

SEÑOR MONTES.- Con respecto al artículo 11, que refiere a la donación, no hay transacción económica, pero está el problema que me acompaña desde el comienzo: todos los bancos pagan un viático a los donantes, lo cual es absolutamente lógico y razonable. No es una transacción económica, porque no hay una venta y una compra, sino que el donante, tanto de semen como de óvulos, tiene gastos, pérdida de tiempo, e incluso riesgos que asumir, porque si se complica, tiene que correr con los riesgos de la complicación con su propia mutualista o en algún lado. De todas maneras, yo hice varias veces esta averiguación y se considera que un viático no es una transacción económica, de ninguna manera. Además, la sangre, que no se vende ni se compra, tiene el mismo privilegio, porque por ley, cuando uno dona sangre, tiene derecho a un día libre de trabajo. Reitero: está en la ley.

SEÑOR MOREIRA.- ¿Y en este caso ese viático se le paga al donante?

SEÑOR MONTES.- Efectivamente; son U$S 40 para el donante de semen y U$S 800 para la donante de óvulos. Hay que tener en cuenta que la mujer debe inyectarse y después someterse a la anestesia

general, además de cubrir eventuales complicaciones, porque como ha pasado por una hiperestimulación, debe tener cobertura médica. Eso se acepta en todos lados, pero como vuelve a hacerse referencia a la transacción económica, hago la aclaración. Ya he hablado de esto varias veces durante más de treinta años y nunca se consideró un viático como una actividad lucrativa.

SEÑOR MOREIRA.- Creo que habría que aclararlo, porque cuando digan U$S 800, se va a hablar de transacción económica.

SEÑOR MONTES.- Creo que habría que establecer que es una remuneración por viático y lucro cesante, que es el término jurídico que se le da. Un donante pierde de dos a tres horas cada vez que viene al banco. Inicialmente, nosotros trabajamos sin pagarle, pero después era penoso porque tenía que venir cuarenta o cincuenta veces al banco. Por lo menos habría que pagarle el boleto.

SEÑOR MOREIRA.- Al margen de que eso sea justo…

SEÑOR MONTES.- Es justo, porque además no es un problema económico. Los donantes no donan por la plata. Le puedo demostrar que eso es así. La mayoría son donantes universitarios con un perfil que da a entender que no necesitan esos U$S 40. Muchos ni siquiera saben que se paga. Un donante lo convirtió -lo sublimó, como dicen los sicólogos- en una flauta y un curso de flauta.

SEÑOR MOREIRA.- ¿Los U$S 40 son por muestra?

SEÑOR MONTES.- Exacto; por vez que va al laboratorio. Y va cuarenta veces al laboratorio en el correr de tres a cuatro meses, porque deja muestras suficientes para lograr en nuestro banco hasta doce embarazos.

SEÑOR MOREIRA.- Considero que este tema tiene que ser aclarado. No lo digo a modo de crítica, sino para que no genere problemas en el futuro.

SEÑOR MONTES.- Yo ya he planteado este tema. Incluso, han venido abogados y jueces y nunca hemos tenido problema por eso. Quiero aclarar que no se les paga por la muestra, sino por el hecho de participar.

SEÑOR AGAZZI.- Creo que estamos de acuerdo con que la donación en sí misma debe ser honoraria.

SEÑOR MONTES.- Exactamente, señor Senador.

SEÑOR AGAZZI.- Otra cosa es cómo se solventan los esfuerzos que puede hacer el donante. Pero el concepto es que sea honorario.

SEÑOR MONTES.- La donación debe ser anónima y altruista.

SEÑOR MOREIRA.- Lo que planteo es que, en alguna medida, se trata de una transacción económica. Si le dicen al donante que le van a pagar US$ 40 y él acepta, es un acuerdo económico. Por tanto, hay que cambiar el término.

SEÑOR MONTES.- No es una transacción porque no hay un arreglo.

Una vez un paciente me dijo que si había que pagar más él lo hacía y que se le consiguiera un mejor donante. Pero esto no es así. No se trata de un remate. Es para todos igual. Y no es que se le pague si la muestra es buena, y no se le paga si es mala. No es así. Se le paga de todas maneras aunque la muestra pueda ser mala; nosotros asumimos ese costo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me gustaría realizar unas preguntas con el fin de aclarar el hecho en sí.

La primera de ellas es: normalmente, ¿cuántas veces concurre un donante masculino? Y ¿cuántas veces concurre un donante femenino?

La segunda consulta es si cada vez que concurre, recibe un viático.

SEÑOR MONTES.- Así es, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, ¿cuántas veces concurre?

SEÑOR MONTES.- Quiero destacar que en este proyecto de ley no figura nada con relación al número de niños por donante. Eso se quitó, ¿no es así? Lo menciono porque en un proyecto anterior se establecía uno; luego decía cinco, pero ahora no se hace ninguna mención al límite de la donación.

En este sentido, nosotros nos manejamos con los criterios internacionales. Incluso encomendamos hacer un cálculo acerca de cuál sería el riesgo de endogamia en la población uruguaya utilizando un solo donante.

Razonablemente, nosotros utilizamos entre diez y quince embarazos por donante. A nivel internacional se permiten hasta veinticinco cada un millón de habitantes, o sea, que en Uruguay sería hasta setenta y cinco, cifra que nos parece muy alta, y los donantes se nos asustan. Por ese motivo, nosotros nos detenemos en esa cifra.

Para lograr unos quince embarazos el hombre tiene que traer un promedio de sesenta muestras de semen. Quiere decir que tiene que concurrir sesenta veces al laboratorio. Cada vez que viene al laboratorio pierde entre dos y tres horas. Y cada vez que concurre, se le abonan US$ 40.

SEÑOR MOREIRA.- ¿Sesenta veces?

SEÑOR MONTES.- Así es, señor Senador, porque tiene que dejar sesenta muestras.

Es por eso que debe tener cierto nivel intelectual para comprender todo esto.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Y en el caso de la mujer?

SEÑOR MONTES.- En la mujer es distinto.

La donación de semen no tiene riesgos para el donante. No hay ningún riesgo conocido por el hecho de que el donante tenga que masturbarse.

En cambio, la donación de óvulos se acompaña de cierto riesgo porque hay que inyectarle hormonas, darle anestesia general, puncionarla para sacarle los folículos y participa en una sola instancia hasta cuatro veces. Pero en una sola instancia, en quince días, se la estimula y luego se le sacan los óvulos. Es por esa razón que se le abona un viático único por US$ 800 que, incluso, es poco si se lo compara con el del donante masculino. Parece mucho dinero pero, en realidad, no lo es.

SEÑOR MOREIRA.- Recibe más dinero el donante masculino.

SEÑOR MONTES.- Así es, señor Senador. Pero es de destacar que las donantes, básicamente tampoco participan por un problema económico porque, si no, les parece poco dinero.

En este sentido, por ejemplo, en Estados Unidos se paga tres o cuatro veces más.

SEÑOR PRESIDENTE.- Disculpe, doctor, ¿la mujer concurre una sola vez?

SEÑOR MONTES.- No, señor Presidente. La mujer puede donar hasta en cinco instancias. Quiere decir que puede donar hasta cinco veces.

A diferencia del donante masculino, quien va aportando una o dos veces por semana durante cuatro o cinco meses, la mujer participa en un ciclo de quince días. En esa instancia se recuperan los óvulos que pueden servir para una, dos o tres -generalmente para una o dos-, y luego, si anduvo bien y quiere seguir donando, unos meses más adelante -seis meses después- se hace otro procedimiento.

SEÑOR PRESIDENTE.- En los quince días del ciclo, ¿cuántas veces concurre? ¿Cobra US$ 800 cada vez que concurre?

SEÑOR MONTES.- No, por toda la participación en un ciclo recibe US$ 800, promedialmente. Dentro de esos quince días tiene que ir, por lo menos, diez días al laboratorio a sacarse sangre y diez días a hacerse las ecografías. Después tiene que internarse ambulatoriamente, recibir anestesia general y someterse a la punción de los ovarios a través de la vagina. Luego de ello se queda unas horas hasta que se recupera bien y se va. A los seis meses se vuelve estudiar nuevamente a la mujer, simplemente para tener un control de que no ha aparecido algo en ella que motive tomar alguna medida

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero dejar constancia en la versión taquigráfica de que este reembolso de gastos a través de viáticos no es aceptable dentro de este proyecto de ley. Lo quiero decir muy claramente desde ya. Creo que es prácticamente imposible conciliar en mí mismo el concepto de "honorario" o de "altruismo" con una compensación que puede alcanzar los US$ 2.400 en el caso del hombre, si consideramos que se pueden hacer 60 donaciones y se paga US$ 40 por cada una de ellas.

SEÑOR GALLO.- Coincido con el señor Presidente de la Comisión en cuanto a que el sentido de este proyecto de ley es la donación anónima y honoraria. En todo caso, las circunstancias que plantea el doctor Montes se podrán regular a través de la reglamentación, pero no hay que cambiar el sentido de la iniciativa porque cuando hablamos de donación, estamos pensando en una acción anónima y altruista, tal como se prevé en la ley de donación de órganos. Entonces, me parece que el sentido debe ser el mismo y en principio también me afilio a esta redacción, lo que no significa que después la reglamentación pueda regular estos aspectos.

SEÑOR MOREIRA.- Estamos de acuerdo con que debería ser así por una cuestión de principios, pero me pregunto si en la realidad es posible que alguien vaya a hacer estas donaciones sin recibir una paga. Nadie duda de que sea bueno tener técnicas de reproducción asistida. Ahora bien; ¿es viable hacerlo sin pagar algo? En esta situación, a lo mejor no aparece nadie a donar. Yo pongo sobre la mesa la teoría de la realidad; tampoco esto es un delito -vamos a entendernos- porque en el fondo hay una finalidad muy buena. Habría que pensar cómo se podría compensar. Es cierto que ahora no hay marco regulatorio y que estamos creando uno; el tema es que si lo limitamos de determinada manera, no sé si en los hechos no estamos limitando también la aplicación de técnicas de reproducción asistida.

SEÑOR PRESIDENTE.- En principio, propondría que tuviéramos en cuenta un agregado en el artículo 11 que dijera algo así: "la restitución de los gastos y del lucro cesante incurridos en ocasión de la donación de gametos, se contemplará con mecanismos similares a los establecidos para la donación de sangre, de acuerdo con lo que establezca la reglamentación". Será cuestión de afinar, en la

reglamentación, los días de asueto, la compensación correspondiente -en general, se les da desayuno-,etcétera. Repito: esto debe ser materia de la reglamentación.

SEÑOR MOREIRA.- En el afán de buscarle una solución a este tema, creo que podemos conversarlo cuando venga la gente del Ministerio de Salud Pública porque me parece que no es menor. No sea cosa que, tratando de incentivar estas técnicas, les pongamos un freno.

SEÑOR MONTES.- Naturalmente, si al donante no se le contempla un gasto de viático razonable, es imposible. Hay donantes que vienen de muy lejos y la cercanía del Banco es muy importante; algunos quieren participar y gastan $ 700 en el viático; se le va todo en eso. Si tiene que venir desde San José y pagar el traslado en moto, es un gasto absolutamente razonable.

Este es un tema que me preocupa desde siempre y lo he consultado, pero los abogados y los jueces han considerado que de ninguna manera esto es un pago al donante. Cuando el donante quiere plata no le alcanzan US$ 40, sin lugar a dudas; viene a buscar mucho más. El donante tiene que estar vinculado al laboratorio del Banco durante dos años porque después de que dejó las muestras, se estudian a los seis meses y nuevamente luego de otros seis meses para ver que no haya habido ningún cambio en su estado de salud.

SEÑOR AGAZZI.- Quiero decir que las consideraciones que hace el doctor Montes, por la práctica que tiene en su sociedad, son muy útiles para la redacción de la ley, pero no podemos elaborar el texto junto con quien nos visita.

SEÑOR PRESIDENTE.- Estoy de acuerdo, señor Senador.

SEÑOR AGAZZI.- Sugiero que tomemos en consideración este aspecto, que a nosotros no se nos había ocurrido, lo anotamos y después será objeto de otras consultas e, incluso, será parte de discusiones posteriores. Agradecemos la observación que hizo sobre este punto.

SEÑOR MONTES.- Con respecto a los donantes, en este proyecto no hay limitación a la donación. Eso antes estaba considerado y se eliminó.

SEÑOR MOREIRA.- Se establecía cuantas veces podía donar.

SEÑOR MONTES.- En el primer proyecto de ley se hablaba de seis meses, otro posterior decía una vez y no se sabía si era una vez para una serie o una vez para un solo caso, lo cual es inviable. Decir que el donante es para un solo caso es como decir que no hay programa de donación, porque no se puede sostener un programa de ese tipo. Creo que la cantidad adecuada es el número de donaciones que no aumenta el riesgo de endogamia dentro de la población. En la población uruguaya, como en todas, hay un riesgo de endogamia por lo que se llama “la paternidad discordante”, es decir personas

que no tienen por padre al que figura en la libreta. La Universidad de Liverpool está haciendo estudios desde hace más de cincuenta años y se calcula que, dependiendo de la población, puede ir desde el 2% al 30%; en el Uruguay puede ser entre un 8% y un 10%. Esto hace que el riesgo de endogamia entre cualquiera de nosotros y nuestras mujeres -o sea, la posibilidad de que seamos parientes- sea de 1 en 5.000. Esto no es menor. Agregaría solo un 3%, o sea un donante para quince embarazos, que no es nada. Además, lo que se desaprueba desde el punto de vista médico es la endogamia repetida, es decir, esas poblaciones que se casan entre sí una y otra vez. La endogamia involuntaria y puntual de este tipo no tiene ninguna repercusión desde el punto de vista epidemiológico.

SEÑOR PRESIDENTE.- Acá tenemos el concepto de limitar la cantidad de veces que se puede donar para reducir el riesgo de endogamia involuntaria. Eso arroja una determinada estimación sobre la cantidad de veces que puede donar el hombre y la cantidad que puede hacerlo la mujer. Concretamente, me gustaría preguntarle al doctor Montes cuál es esa estimación.

SEÑOR MONTES.- La estimación es difícil, porque depende del riesgo de endogamia que tenga cada población, pero asumiendo un riesgo de endogamia del Uruguay del 8%, creo que entre 15 y 20 niños nacidos por donante es un número muy seguro. Con la mujer jamás se llega a esa cifra porque, así participe en cinco donaciones, podrá tener cinco, seis o siete niños. Pero el concepto es válido tanto para el donante hombre como para la donante mujer, y creo que el límite está entre 15 y 20 nacidos por donante. Las recomendaciones internacionales son más altas: como dije, están entre 20 y 25 por cada millón de habitantes.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Cuántas donaciones significan 15 o 20 nacidos por donante varón?

SEÑOR MONTES.- 60 inseminaciones, en promedio, porque algunas mujeres se embarazan en la primera, pero otras me han llevado 20 muestras de donantes sin embarazo.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Y en la mujer?

SEÑOR MONTES.- Sería el mismo número, pero nunca se llega a esas cifras porque tendría que hacer una gran cantidad de ciclos.

En cuanto al artículo 12, demostrar que un donante o cualquier persona sana no padece enfermedades genéticas, básicamente, en estado de portador, es imposible. Se conoce que cada una de las personas sanas es portadora, en promedio, de siete enfermedades genéticas, de las miles que se conocen y otras tantas aún por descubrirse. No puede investigarse este aspecto de los donantes para todas las enfermedades. En primer lugar, no hay metodología diagnóstica disponible, aunque puede haberla en el futuro. En segundo término, sería sumamente costoso. Y, en tercer lugar, no se realiza normalmente a la población general; entonces, no podemos agregar cosas que la gente no hace habitualmente porque, de lo contrario, estamos en el camino de la eugenesia, buscando al donante perfecto. El concepto que debe primar, en mi opinión, es que el donante, a través de una pesquisa estandarizada por consensos científicos, no debe tener un riesgo aumentado de enfermedades genéticas con respecto a la población general. Su riesgo debe ser igual o menor.

SEÑOR AGAZZI.- Lo que está planteando el doctor es lo mismo que expresó cuando discutimos el artículo 6º, que refiere a los requisitos, porque en ese caso también se hablaba de padecer enfermedades genéticas o hereditarias. De manera que podemos tomar esa sugerencia y ver cómo lo redactamos.

SEÑOR MONTES.- Y es así como se lo planteamos a la pareja.

El artículo 22 defiende la postura del anonimato recíproco y absoluto entre las partes, solo revelable por acción judicial. Incluso, se puede hacer toda la parte médica sin revelar la identidad del donante. Me pasó un caso, en 28 años, en que llegó un donante que quería participar y nosotros mantuvimos el anonimato. Desde el año 2000 usamos el anonimato recíproco, pero abierto por la persona que no firmó. La receptora -pareja o mujer- renuncia a conocer al donante porque, de lo contrario, no ingresa al programa. Nosotros no hacemos donación conocida, sino siempre anónima, porque es la que está recomendada internacionalmente y es la que sirve. El donante también tiene que aceptar el anonimato. Hay jóvenes que llaman y dicen que quieren conocer a la pareja porque quieren actuar como un tío. Me parece un gesto muy positivo, pero esto se hace afuera del banco. La donación es anónima, y tienen que firmar; de lo contrario, no participan. Pero el niño -la persona- no firmó nada. Y en la mitad de los casos, hasta el año 2002, los niños se enteraron porque los padres les han dicho. Cuando aceptamos a las mujeres solas u homosexuales, naturalmente iba a surgir el tema del padre. Entonces, establecimos como condición fundamental para aceptar al donante la cláusula de que acepta el anonimato recíproco, pero si la persona que nace de esta práctica -siempre y cuando la ley lo permita- quiere conocerlo, lo puede hacer sin que ello genere para él obligación alguna.

Nosotros con esto hemos perdido algunos donantes. Eso lo hace la ley sueca o muchas legislaciones europeas, pero a mí me parece que va en línea con el Pacto de San José de Costa Rica porque el niño tiene derecho a conocer sus orígenes biológicos. Debo decir que nos hemos sorprendido porque muchos donantes no tienen inconveniente, pero para otros es como firmar un cheque en blanco: no aceptan porque piensan que después de veinte o veinticinco años van a estar con su familia y los van a llamar o les van a golpear la puerta. En realidad, no hemos perdido a tantos donantes. Yo solo aceptaba a mujeres solas y a homosexuales si los donantes me aceptaban esta cláusula, porque no quería tener la responsabilidad de que alguien viniera a reclamar. En veintiocho años no vino ninguno y es muy raro que las personas que nacen a partir de esta práctica quieran conocer al donante. Nosotros propiciamos que siempre se les diga la verdad y que se lo haga en la infancia porque los niños aceptan todo de los padres, menos la mentira. Si se lo dicen, lo peor que pueden hacer es contárselo en la adolescencia. Eso es horrible y tengo un caso que fue un desastre, y ahora yo le digo a la pareja que van a tener que esperar tres o cuatro años a que el muchacho recapacite y que valore de una manera más adulta, porque le dieron el motivo perfecto para su rebeldía de adolescente. En cambio, si se lo van diciendo de poco, lo asumen. De hecho, cuando se hacen las encuestas y se les pregunta si les gustaría conocer al donante, contestan que podría ser y que quizá lo hagan en algún momento. En nuestro banco ya han nacido centenares de niños -y algunos ya tienen veinticinco o veintiséis años- y jamás se acercó ninguna persona para conocer su origen.

En realidad, con esa parte de la ley yo no estaría de acuerdo porque el anonimato debe ser recíproco, absoluto y definitivo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera preguntarle al doctor Montes qué incluiría el anonimato recíproco.

SEÑOR MONTES.- Cuando en el artículo 22 se habla de la identidad del donante, debería decir que los donantes y las receptoras no se pueden conocer. Pero el donante que está de acuerdo con un anonimato recíproco entre los integrantes de la pareja; sin embargo, debe aceptar que si la persona que nazca de esta práctica -siempre y cuando la ley lo permita, porque si después la ley dice que no, por más que quiera hacerlo no podría- deseara conocerlo, lo podrá hacer sin que ello le genere obligación alguna. Eso sería lo lógico porque ellos no quieren ser padres. Habría que decir eso en alguna parte, pero podría dar problemas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sería un acto recíproco, pero que puede ser levantado.

SEÑOR MONTES.- Podría ser levantado solo por el concebido y cuando la ley lo permita.

SEÑOR MOREIRA.- En el artículo 22 se establece que la identidad del donante solo podrá ser revelada previa resolución judicial y por razones fundadas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 23, 24 y 25. El artículo 23 habla del secreto profesional y en caso de solicitarse el relevamiento del deber de reserva, el procedimiento deberá ser sustanciado ante los Juzgados Letrados de Familia o ante los Juzgados Letrados de Primera Instancia en el interior del país con competencia en materia de familia. Y después está la acción de legitimación, que podrá ser ejercida por el nacido en virtud de la aplicación de la Técnica Reproducción Humana Asistida o por sus representantes legales, y en el caso de personas fallecidas, por sus descendientes. Me parece que el procedimiento es muy garantista, pero creo que eso ya está previsto en todos los artículos que siguen. Me parece que eso está bien.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que está previsto y que es bastante restrictivo y garantista.

SEÑOR MONTES.- Eso le da derecho a la persona, sin que haya ningún problema judicial, ni ético.

SEÑOR MOREIRA.- Le da derecho al nacido.

SEÑOR MONTES.- ¿Al nacido? Yo no lo había interpretado así.

SEÑOR MOREIRA.- Le da derecho al nacido; varios artículos hablan del procedimiento.

SEÑOR MONTES.- Entonces el donante tiene que aceptar esa cláusula. ¿Qué artículos son?

SEÑOR PRESIDENTE.- Son los artículos que van del 22 al 25 inclusive.

SEÑOR MOREIRA.- Se habla de razones fundadas y me parece que es mejor. Es el derecho a conocer el origen biológico que establecen los pactos internacionales que hemos firmado.

SEÑOR MONTES.- ¿Cuál es el artículo que se refiere al derecho del niño? Porque el artículo 22 lo establece a través del Juez.

SEÑOR MOREIRA.- En todos los casos es a través de Juez.

SEÑOR PRESIDENTE.- El resto de los artículos ya fueron estudiados.

Agradecemos al doctor Montes por su presencia.

(Se retira de Sala el doctor José María Montes.)

-Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes:)

-"Informe solicitado a Estudios Legislativos sobre la posible interferencia entre el derecho al anonimato del donante y el derecho del niño a saber su origen.

Oficio del Ministerio de Salud Pública en el que comunica la clausura de la investigación administrativa sobre la situación de atención de pacientes internados en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Maciel. Esto ha sido repartido.

Reiteración de la solicitud de audiencia de los trabajadores del Programa de Salud Bucal Escolar integrantes de la Asociación de Odontólogos e Higienistas de Salud Pública, motivada por el inicio del tratamiento de la Rendición de Cuentas.

Solicitud de audiencia de la Asociación Civil Uruguay Procrea en relación al proyecto de ley que está a consideración".

No habiendo más asuntos a tratar, se levanta la sesión.

(Es la hora 19 y 57 minutos.)